



GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

Conselho de Administração

Alberto Beltrame (Presidente)
Jussara Rosa Cony
Leonilse Fracasso Guimarães
Arlindo Nelson Ritter
Franselmo Araújo Costa
Márcia Bassit Lameiro da Costa Mazolli

Conselho Fiscal

Paulo Ricardo de Souza Cardoso
Luiz Fernando Beskow
Arionaldo Bomfim Rosendo

Diretoria

Jussara Rosa Cony - Diretor-Superintendente
Gilberto Barichello - Diretor Administrativo e Financeiro
Ivo Leuck Júnior - Diretor Técnico

Gerentes do Grupo Hospitalar Conceição

Gerência de Ensino e Pesquisa do GHC
Lisiane Boer Possa

Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.

Administração
Denise Maria Jornada Braga

Pacientes externos
Alexandre Paulo Machado de Britto

Unidades de Internação
Paulo Ricardo Bobek

Saúde Comunitária
Ney Bragança Gyrão

Serviços de Diagnóstico e Tratamento
Gilberto Bandeira Lang

Hospital Cristo Redentor S.A.

Administração
Claudiomiro Ambrosio

Unidades de Internação
Elisabeth Loguercio Collares

Hospital Fêmeina S.A.

Administração
Nataniel Schostack
Unidades de Internação
Carlos Eduardo Nery Paes

Hospital Criança Conceição

Administração
Mauro Rosa De Paula
Unidades de Internação
José Roberto Barreto Saraiva



Momento & Perspectivas em Saúde

Volume 22 - Número 2 - JULHO/DEZEMBRO 2009

Publicação técnico-científica do Grupo Hospitalar Conceição, sociedade anônima de capital fechada com controle acionário da União Federal e ligada à Gerência de Ensino e Pesquisa - GEP/GHC.

MOMENTO & PERSPECTIVAS EM SAÚDE tem como escopo divulgar a experiência técnico-científica dos profissionais do GHC e difundir conhecimentos, de qualquer origem, que contribuam para aperfeiçoar o momento e desenvolver tendências de melhoria das perspectivas para a saúde no País.

Editor

Alberto Salgueiro Molinari

Conselho Editorial

Airton Stein	Lauro Hagemann
André Luis Câmara Galvão	Marília Gerhardt de Oliveira
Balduino Tschiedel	Paulo R.S. Silva
Charly F. Camargo	Pedro Pimentel Filho
Cristiane Valle Tovo	Rafael Barberena Moraes
Edelvis Vieira Rodrigues	Raul Pruinelli
Edmundo Lima Zagoury	Romeu Warken
José Luiz Pedrini	Sérgio Antonio Sirena
Júlio Baldisserotto	Sérgio M. Espinosa
Emílio Moriguchi (PUCRS)	Vera Lúcia Pasini
Jorge Luiz de Lima Hetzel (FFFCMPA)	Maria Inês Schmidt (UFRGS)
Noé Zamel (Canadá)	Luciano Basto Moreira (ULBRA)
Jorge L. Irvin III(USA)	Alberto Bujardon (CUBA)

CORRESPONDÊNCIA: os trabalhos para publicação e as revistas em permuta devem ser encaminhadas para “Momento & Perspectivas em Saúde” Revista Técnico-Científica do GHC - Serviço de Editoria - Av. Francisco Trein, 596 - CEP 91350-200 - Porto Alegre - RS Brasil - Telefone: (51) 3357.2376

SUMÁRIO

EDITORIAL

- A Assistência ao Usuário do Sus, da Primária a Terciária.....7**
André Luis Câmara Galvão

ARTIGOS ORIGINAIS

- Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras de decúbito em enfermagem de medicina interna do Hospital Nossa Senhora da Conceição de Porto Alegre.....9**
Ana Barbosa Duarte, Ana Paula Pfitscher Cavalheiro, Rafael B. Moraes, Aníbal Pires Borges, Verônica Denardin da Rosa, Carla Silva Lincho
- Perfil epidemiológico ambulatorial do programa de residência médica em medicina interna do Hospital Nossa Senhora Conceição.....14**
Diego Fontoura Mendes Riveiro, Adriana Striebel, Verônica Denardin da Rosa, Rafaela Komorowski Dal Molin, Roberta Afonso, Rafael Barberena Moraes
- O imaginário do usuário sobre o sistema único de saúde (SUS): um estudo de caso.....19**
Aline Martinelli Piccinini, Marielly de Moraes, Pâmela Billig Mello, Vera Maria da Rocha
- Entendimento das pacientes do estudo nisdí : uma avaliação qualitativa.....23**
Joana Darc Paz Teixeira Jobim, Mario Ferreira Peixoto, Elizabete Teles, Edith Janete Schaefer, Honor de Almeida Neto.

ARTIGOS DE REVISÃO

- Atuação da enfermagem no desmame da ventilação mecânica invasiva: uma revisão bibliográfica.....30**
Christian Negeliskii, Letícia Rigo

ARTIGO DE COMUNICAÇÃO

- Nutricionista Administrativo: relato de experiência no Hospital Nossa Senhora da Conceição – HNSC.....37**
Anelise Siviero Ribeiro, Denise da Silva Madruga

MOMENTOS EM MEDICINA

- University of Mississippi Medical Center – Inverno de 1999 – A História da Fisiologia- O Doutor Guyton.....40**
Dr. Vinícius Grando Gava

CARTA AO EDITOR

- Anelise S. Ribeiro.....42

- Normas para publicação da Revista do GHC.....43**

EDITORIAL

A Assistência ao Usuário do Sus, da Primária a Terciária

A revista GHC “Momentos e Perspectivas em Saúde”, em sua segunda edição de 2009, permanece com foco na qualidade e avaliação do perfil de segmentos da nossa população de atendimento, evidenciando qualidade na assistência desta população, tanto em pacientes hospitalizados, como a nível ambulatorial.

O melhor conhecimento do perfil da população na atenção primária, uma abordagem clínica e epidemiológica de um problema comum e rotineiro das enfermarias como as úlceras de decúbito, a avaliação quantitativa e prática evidenciando o grau de desnutrição da população de atendimento terciário, uma abordagem ao usuário do sistema único de saúde, e especial atenção às crianças portadoras de HIV, fazem desta edição ter especial enfoque na população usuária do SUS, a qual atendemos.

Esperamos que o leitor permaneça cada vez mais estimulado em entender melhor e aprimorar o atendimento assistencial aos usuários do SUS, fazendo do GHC exemplo de assistência em todos os níveis.

Boa leitura.

André Luis Câmara Galvão
Conselho Editorial

AVALIAÇÃO CLÍNICA E EPIDEMIOLÓGICA DAS ÚLCERAS DE DECÚBITO EM ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO DE PORTO ALEGRE

Clinical Evaluation and epidemiology of Decubitus ulcers in the Ward of Internal Medicine Hospital Nossa Senhora da Conceição de Porto Alegre

Ana Barbosa Duarte* Ana Paula Pfitscher Cavalheiro* Rafael B. Moraes** Aníbal Pires Borges* Verônica Denardin da Rosa* Carla Silva Lincho*

RESUMO

Estudo transversal. Foram incluídos os pacientes que estavam internados para as equipes de Residência de Medicina Interna do Hospital Nossa Senhora da Conceição em um período de 48 horas. Dados clínicos e laboratoriais foram obtidos através de protocolo estruturado, avaliando-se variáveis como: história de internação recente, procedência da casa ou instituição, tempo de internação, pontuação no escore de Braden, grau da UD, hipoalbuminemia, anemia, linfopenia, infecção, presença de DM2 e outras comorbidades.

Foram avaliados 105 pacientes, sendo a média de idade de 57 - 17 anos e a média de tempo de internação de 17 - 19 dias. A prevalência de úlceras de decúbito foi de 21%, sendo o principal local acometido a região coccígea (59%). Apresentaram significância estatística as seguintes variáveis: número de diagnósticos na lista de problemas (6,76 - 2,36 nos pacientes com UD e 5,2 - 2,6 nos sem UD, $p=0,02$), a presença de incontinência urinária e/ou fecal (63,6% nos pacientes com UD versus 15% nos sem UD, $p<0,001$), infecção em qualquer sítio (85,7% nos pacientes com UD versus 46,1% nos sem UD, $p=0,0012$), a hipoalbuminemia (94% nos pacientes com UD versus 60% nos sem UD, $p=0,01$) e a pontuação no escore de Braden (14,54 - 4,50 nos pacientes com UD e 21,51 - 2,68 nos sem UD, $p<0,001$) e suas subclassificações.

A presença de úlceras de decúbito é condição prevalente em pacientes hospitalizados em unidade de internação clínica de hospital terciário. A identificação de fatores relacionados ao seu desenvolvimento pode ser benéfica para a prevenção ou para o posterior tratamento.

Descritores: úlcera de pressão, úlcera de decúbito, escaras, escala de Braden

ABSTRACT

Study transverse. We included patients who were hospitalized for teams Residency Internal Medicine, Hospital Nossa Senhora da Conceição in a period of 48 hours. Clinical and laboratory data were obtained through structured protocol, evaluating variables such as history of recent hospital, home or institution of origin, length of stay, Braden score in the score, degree of UD, hypoalbuminemia, anemia, lymphopenia, infection, presence of type 2 diabetes and other comorbidities.

We evaluated 105 patients, average age 57 to 17 years and the mean length of stay from 17 to 19 days. The prevalence of pressure sores was 21%. The main site affected the coccygeal region (59%). Statistically significant variables: number of diagnoses in the list of problems (6.76 to 2.36 in patients with UD and 5.2 to 2.6 in those without DU, $p = 0.02$), the presence of urinary incontinence and / or fecal incontinence (63.6% in patients with DU versus 15% in those without DU, $p < 0.001$), infection at any site (85.7% in patients with DU versus 46.1% among non-UD, $p = 0,0012$), hypoalbuminemia (94% in patients with DU versus 60% among non-UD, $p = 0.01$) and Braden score on the score (14.54 to 4.50 in patients with UD and 21.51 - 2, no 68 in UD, $p < 0.001$) and its subclassifications.

The presence of decubitus ulcers is a condition prevalent in patients hospitalized for medical admission unit of a tertiary hospital. The identification of factors related to its development can be beneficial for prevention or for further treatment.

Keywords: pressure ulcers, pressure sores, bedsores, Braden Scale

INTRODUÇÃO

As úlceras de decúbito, também conhecidas como úlceras de pressão ou escaras, são um problema freqüente, mas potencialmente prevenível, encontrado principalmente em pacientes com sensibilidade, mobilidade e consciência prejudicados, portanto os pacientes mais acometidos são idosos, incontinentes, debilitados, paralisados e inconscientes. Também são mais suscetíveis os pacientes com doença neurológica, doença cardiovascular, desidratação e desnutrição, hipotensão, os submetidos à anestesia prolongada, e os pacientes cirúrgicos¹.

Definem-se úlceras de decúbito como áreas localizadas de necrose tecidual que se desenvolvem quando as partes moles são comprimidas entre proeminências ósseas e a superfície externa por um tempo prolongado. Essa compressão, que normalmente ocorre por se permanecer deitado ou sentado, causa diminuição do suprimento sanguíneo e conseqüente má nutrição tecidual, levando à ulceração e necrose da pele e tecido adjacente. Pressões maiores do que a pressão de enchimento capilar (32 mmHg) nos calcâneos e sacro de pacientes em superfícies como mesas de cirurgias são suficientes para causar necrose se a duração da pressão exceder duas horas¹.

Como esperado, os locais mais comuns de desenvolvimento de úlceras de decúbito são áreas da pele que estão sobre proeminências ósseas. Elas incluem o sacro, tuberosidade isquiática, grandes trocânteres, calcanhares e maléolos laterais. Na literatura, é descrito que 95% das úlceras de pressão se desenvolvem nas porções inferiores do corpo: 65% na zona da pelve e 30% em membros inferiores, mas essas lesões podem ocorrer em qualquer parte do corpo em que a compressão sustentada é mantida por período de tempo suficiente: podem ser observadas sobre a região occipital, hélices das orelhas, cotovelos e dorso, entre outras^{2,1}.

Além da compressão, outros fatores podem contribuir para a suscetibilidade às úlceras de pressão, estando envolvidos tanto fatores externos (pressão, fricção, forças de tração e umidade) quanto fatores internos (ex: febre, desnutrição, anemia, disfunção endotelial). Outros processos patológicos podem contribuir para a formação de úlceras, incluindo contraturas, espasticidade, diabetes mellitus, doença vascular periférica e episódios hipotensivos¹.

A incidência das úlceras de pressão varia consideravelmente, sendo entre 0,4 a 38% em UTIs, 2,2% a 23,9% em unidades de pacientes crônicos e 0 a 17% em institucionalizados³.

É estimado que dois terços das úlceras de decúbito ocorram em pacientes com idade acima de 70 anos. Dos pacientes hospitalizados, 83% desenvolvem as úlceras nos primeiros cinco dias de hospi

*Residente Medicina Interna Hospital Nossa Senhora da Conceição

**Preceptor do Serviço de Medicina Interna Hospital Nossa Senhora da Conceição; Intensivista- HCPA, HFE

talização. A prevalência em instituições de cuidados geriátricos é estimada em 17-28% nos Estados Unidos. Entre pacientes com déficit neurológico, ocorrem numa taxa anual de 5-8%, com um risco durante a vida estimado de 25-85%. Úlceras de decúbito são descritas como causa direta de morte em 7-8% dos paraplégicos. Pacientes hospitalizados têm 3-17% de incidência estimada, enquanto que pacientes cirúrgicos hospitalizados têm uma taxa de 12-66%. A taxa de recorrência de úlceras de decúbito pode ser tão alta quanto 90%¹.

A presença de úlceras de decúbito pode interferir com a recuperação funcional, pode evoluir com dor e infecção e pode contribuir para o aumento de permanência no hospital. Também é um marcador de prognóstico geral ruim e pode contribuir para a mortalidade prematura de alguns pacientes³.

Associado a esses desfechos adversos, o impacto financeiro do tratamento de úlceras de decúbito é substancial. Um estudo realizado na Alemanha aferiu que os custos associados com o cuidado de úlceras de decúbito são o terceiro maior depois de câncer e doenças cardiovasculares³.

Úlceras de decúbito são fontes de numerosas complicações, que resultam em prolongadas, freqüentes e/ou múltiplas admissões hospitalares. Uma nova úlcera de pressão é estimada em aumentar a estada do paciente no hospital em até 5 vezes. Pacientes com úlceras de decúbito geralmente têm capacidade física diminuída significativamente, são menos capazes de realizar o autocuidado e são menos móveis. Além do mais, úlceras de decúbito estão associadas com um aumento de mais de duas vezes na mortalidade, independente da origem da úlcera⁴.

Os motivos para que pacientes com úlceras de pressão tenham uma permanência aumentada no hospital são multifatoriais. A razão mais comum deve-se ao fato de o paciente com úlcera de decúbito ao apresentar febre e/ou leucocitose com desvio serem erroneamente diagnosticados com pneumonia ou infecção do trato urinário. Comumente, eles precisam de debridamento cirúrgico para remover todos tecidos não viáveis que são associados com contaminação bacteriana importante⁴.

Aprendendo a reconhecer os pacientes em risco de desenvolver úlceras de pressão e iniciando as medidas apropriadas, os médicos podem ter um papel ativo na prevenção e manejo das úlceras de pressão².

OBJETIVO

Avaliar a prevalência e os fatores relacionados ao desenvolvimento de úlceras de decúbito (UD) em pacientes internados em hospital terciário brasileiro.

MÉTODOS

Este é um estudo transversal que teve como objetivo avaliar a prevalência e os fatores relacionados ao desenvolvimento de úlceras de decúbito. Para tal, foram incluídos os pacientes que estavam internados para as equipes do programa de residência de Medicina Interna do Hospital Nossa Senhora da Conceição em um período de 48 horas. Inicialmente, coletaram-se os dados contidos no prontuário e, após, procedeu-se à entrevista e exame dos pacientes. Dados clínicos e laboratoriais foram obtidos através de protocolo estruturado.

Analisando-se o prontuário, foram coletados dados como estado civil, procedência (casa ou instituição), se havia ou não internação nos últimos 30 dias, o diagnóstico principal e o número de diagnósticos contidos na lista de problemas.

Através do prontuário, também foi verificado se os pacientes possuíam comorbidades como hipoalbuminemia (definida como albumina < 3,5 g/dL⁵), anemia (hemoglobina < 13 g/dL em homens e < 12 g/dL em mulheres⁶), linfopenia (contagem total de linfócitos < 1.000⁷), diabetes mellitus (com diagnóstico prévio à internação), infecção (durante a internação) ou incontinência (durante a internação).

Quando havia dúvida quanto a essas informações, consultava-se o médico assistente, o pacientes ou os familiares.

Também no prontuário, foi observado se havia menção da úlcera de decúbito na lista de problemas, se havia na prescrição algum manejo específico e se havia diagnóstico de infecção da úlcera de decúbito.

Durante o exame clínico, as úlceras de decúbito foram classificadas quanto a sua localização (côccix, tornozelo, sacro, calcâneo, dedo do pé, trocânter ou outro) e grau de acometimento (figura 1), usando a classificação da Agência de Saúde dos Estados Unidos⁸:

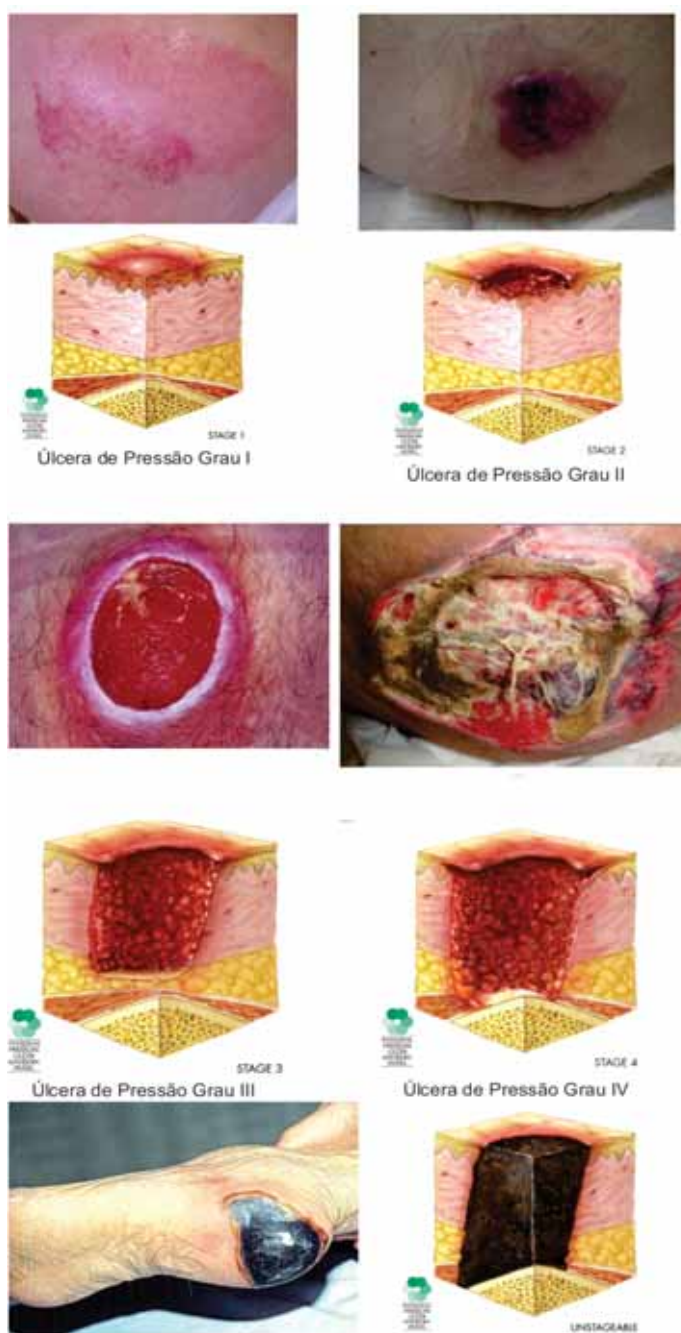
Grau 1: o eritema em pele intacta é o primeiro sinal. Em indivíduos de pele escura, pode haver descoloração da pele. Edema, endurecimento, calor local também podem ser indicativos de início de úlcera.

Grau 2: há perda parcial da espessura da pele envolvendo epiderma, derme ou ambos. A úlcera é superficial e se apresenta clinicamente como abrasão, bolhas ou uma cratera superficial.

Grau 3: há perda de toda a espessura da pele, envolvendo dano ou necrose do subcutâneo, podendo se estender até, mas não ultrapassando, a fáscia adjacente. Apresenta-se clinicamente como uma cratera profunda, com ou sem envolvimento do tecido adjacente.

Grau 4: há perda de toda a espessura da pele, com extensa destruição, necrose tecidual e/ou dano ao músculo, osso ou estruturas de suporte (ex, tendões, cápsula articular). Pode haver comprometimento e formação de seios no tecido adjacente.

Fig 1. Classificação das Úlceras de Pressão quanto ao grau de acometimento



As úlceras de grau 1 foram excluídas por serem muitas vezes de difícil detecção. Foram classificadas como “necrosadas” as úlceras em que havia necrose do subcutâneo, estando a pele superficialmente íntegra, não havendo a possibilidade de se analisar adequadamente a profundidade da lesão.

Os pacientes também foram avaliados de acordo com a escala de Braden para prever risco de úlceras de decúbito. A escala de Braden

é uma escala para classificação compostas de 6 subescalas que pretende medir os determinantes clínicos tanto de intensidade quanto de duração da pressão (atividade, mobilidade, percepção sensorial) ou tolerância dos tecidos à pressão (nutrição, umidade, fricção, tração).

As subescalas recebem pontos de 1 (menos favorável) a 4 (mais favorável), com exceção das subescalas de fricção e tração, que pontuam entre 1 e 3. Os escores potenciais variam de 6 a 23. Escores mais baixos são indicativos de alto risco⁹.

Escore de BRADEN			
Percepção sensorial Capacidade de reação significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades
Umidade Nível de exposição da pele à umidade	1. Pele constantemente úmida: A pele mantém-se sempre úmida devido a sudorese, urina, etc. É detectado umidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito úmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente úmida: A pele está por vezes úmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.
Atividade Nível de atividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parenteral total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição.

Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.

© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1989; Validada para Portugal por Margato, Carlos; Miguéns, Cristina; Ferreira, Pedro; Gouveia, João; Furtado, Kátia.(2001)

Foi aplicado o teste T para verificar a relação de dependência entre variáveis contínuas e o teste qui-quadrado para avaliar variáveis categóricas, sendo considerado significativo p menor ou igual a 0,05.

RESULTADOS

Ao todo, foram avaliados 105 pacientes, 22 pacientes (21%) apresentavam úlceras de decúbito. A média de idade foi de 57 $\pm$ 17 (DP) anos, havendo equilíbrio entre os gêneros (51% de mulheres). A maioria era de cor branca (74%), não casado (54%), procedente de casa (93%) e sem internação recente (84%) – Quadro I.

A média de dias de internação foi de 17 $\pm$ 19, variando de 1 a 121 dias.

Quanto às condições médicas, apresentaram significância estatística o número de diagnósticos na lista de problemas (6,76 $\pm$ 2,36 nos pacientes com UD e 5,2 $\pm$ 2,6 nos sem UD, $p=0,02$), a presença de incontinência urinária e/ou fecal

(63,6% nos pacientes com UD versus 15% nos sem UD, $p<0,001$), infecção em qualquer sítio (85,7% nos pacientes com UD versus 46,1% nos sem UD, $p=0,0012$), a hipoalbuminemia (94% nos pacientes com UD versus 60% nos sem UD, $p=0,01$) e a pontuação no escore de Braden (14,54 $\pm$ 4,50 nos pacientes com UD e 21,51 $\pm$ 2,68 nos sem UD, $p<0,001$), bem como nas suas subclassificações – ver Quadro II.

A média geral do escore de Braden foi de 19,9 $\pm$ 4,3.

Quanto à localização, o principal local acometido foi o cóccix em 59% dos pacientes. Outras regiões acometidas frequentemente foram calcâneo em 36%, sacro em 32% e tornozelo, trocânter e artelho em 9% cada uma das localizações. Outros locais foram acometidos em 23%.

Havia menção da úlcera de decúbito na lista de problemas em apenas 29% dos prontuários. Em 32% foi diagnosticada infecção na úlcera de decúbito.

Devido ao pequeno número de paciente com úlceras de decúbito, não foi possível realizar análise quanto ao grau da úlcera, sendo apresentados apenas dados de forma descritiva: 3 lesões necrosadas (8% das úlceras), 12 lesões grau 2 (35,2%), 9 lesões grau 3 (26,4%), 10 lesões grau 4 (29,4%).

Os diagnósticos mais comuns no grupo com úlceras de decúbito foram: AVC (4), câncer (3), infecção de qualquer sítio (6). No grupo sem escaras, os diagnósticos mais comuns foram: Câncer (20), infecção de qualquer sítio (16), doença cardiovascular (5), pancreatite aguda (7), com AVC apenas em 2 pacientes.

Quadro I - Dados descritivos da população

	Pacientes com úlceras de decúbito	Pacientes sem úlcera de decúbito	P
Idade	57,3 $\pm$ 19,4	57,6 $\pm$ 16,3	$p=0,99$
Gênero feminino	45%	51,8%	$p=0,63$
Cor da pele (branca)	77,2%	73%	$p=0,78$
Estado Civil (casado)	36,8%	46,6%	$p=0,6$
Procedência de Instituição	18,1%	2,5%	$p=0,01$
Internação recente	27,2%	12,6%	$p=0,1$

Quadro II - Análises das características, comparando pacientes com e sem úlceras de decúbito:

	Pacientes com úlceras de decúbito	Pacientes sem úlcera de decúbito	P
Tempo de Internação	Média 25,8 $\pm$ 5,0 Dias	Média 15,3 $\pm$ 17,9 dias	$p=0,07$
Nº de diagnósticos na lista de problemas	6,76 $\pm$ 2,36	5,2 $\pm$ 2,6	$p=0,02$
Incontinência (urinária e/ou fecal)	63,6%	15%	$P<0,001$
Linfopenia	22,7%	29,1%	$p=0,78$
Infecção em qualquer sítio	85,7%	46,1%	$P=0,0012$
DM2	28,5%	22,0%	$p=0,56$
Anemia	81,8%	70%	$p=0,41$
Hipoalbuminemia	94%	60%	$p=0,01$
Pontuação no escore de Braden	14,54 $\pm$ 4,50	21,51 $\pm$ 2,68	$p<0,001$
Braden sensorio média de pontuação	3,18 $\pm$ 1,29	3,91 $\pm$ 0,36	$p=0,02$
Braden atividade: média de pontuação	1,77 $\pm$ 1,02	3,59 $\pm$ 0,79	$p<0,01$
Braden mobilidade média de pontuação	2,22 $\pm$ 1,15	3,65 $\pm$ 0,76	$p<0,01$
Braden umidade média de pontuação	2,59 $\pm$ 0,95	3,93 $\pm$ 0,24	$P<0,01$
Braden nutrição média de pontuação	2,90 $\pm$ 0,75	3,55 $\pm$ 0,71	$p<0,01$
Braden fricção média de pontuação	1,81 $\pm$ 0,85	2,84 $\pm$ 0,45	$p<0,01$

DISCUSSÃO:

As úlceras por pressão representam uma das principais complicações que acometem pacientes críticos hospitalizados.

A UP prolonga a hospitalização, dificultando a recuperação do doente e aumentando o risco para o desenvolvimento de outras complicações como infecção ou osteomielite.

O custo do tratamento da UP é estimado nos Estados Unidos em 2000 a 25000 dólares por indivíduo ao ano¹⁰. Em nosso meio não existem estudos que estimem esses custos.

A média de idade dos pacientes que apresentavam UP foi de 57 anos, não havendo diferença estatística significativa de idade entre os grupos. Esse fato ocorre, em parte, pelo tamanho pequeno da amostra no presente estudo.

Os dados de literatura indicam maior incidência de feridas crônicas em pacientes acima de 60 anos¹¹. Com o avanço da idade numerosas mudanças são observadas na pele, entre elas a diminuição da camada dérmica, da sua vascularização e da proliferação epidérmica, tornando-a mais vulnerável à injúria. Estas mudanças ocorrem lenta e progressivamente e são mais facilmente observáveis nos indivíduos após os 60 anos.

Não houve diferença estatística entre os sexos no presente estudo, o que corrobora com os dados presentes na literatura.

A cor da pele predominante foi branca, como nos dados de literatura, apesar de não haver diferença estatística significativa na prevalência de UP entre os grupos de cor de pele discordantes.

A estrutura da pele varia com a cor. Nos negros o estrato córneo é mais compacto, conferindo à pele negra maior resistência à agressão externa¹².

Foi pequeno o número de pacientes procedentes de instituições, mas foi estatisticamente significativa a diferença no número de

UP entre os grupos analisados. A existência de diferença estatística em “N” tão pequeno reforça a idéia de força dessa associação.

Devido à quantidade de pacientes que apresentavam internação recente ser muito pequena (16 ao total), não houve diferença estatística em relação ao número de UP entre os grupos, não podendo ser bem analisada tal variável.

A presença da UD pode vir a prolongar o tempo de internação, devido a suas particularidades no tratamento. No entanto, não houve diferença no tempo de internação. Uma possibilidade é que os pacientes já tivessem UD ao chegar ao hospital, apesar de isso não ter sido analisado no trabalho, outra possibilidade é que o “N” foi muito pequeno para aferir tal diferença.

A maior prevalência de úlceras de decúbito nos pacientes com maior número de diagnósticos na lista de problemas foi significativa e vai ao encontro dos dados presentes na literatura. O aumento da presença de doenças crônicas torna as pessoas suscetíveis a desenvolver úlceras por pressão¹³.

Outro fator importante na gênese das UD é a exposição da pele à umidade excessiva, provocada pela incontinência urinária, anal e perspiração¹⁴. A umidade macera e enfraquece as camadas superficiais da pele, tornando-a mais vulnerável às lesões. No presente estudo, esses dados foram corroborados, pois 63,6% dos pacientes com úlcera de decúbito apresentavam incontinência urinária e/ou fecal, havendo diferença estatística entre os grupos estudados.

Não se pode inferir que a presença de infecção em qualquer sítio seja uma das causas diretas de UD, o mais provável é que as infecções ocorrem porque são pacientes com mais comorbidades. Também é importante lembrar que infecções são causa de desnutrição, imobilidade, hipoalbuminemia e estes são fatores diretamente implicados na gênese da UD.

A presença de diabetes mellitus tipo II não apresentou significância estatística entre os grupos. Esse fato pode ser consequência do pequeno número de pacientes apresentando essa patologia na amostra estudada.

A presença de anemia também não revelou diferença estatística entre os grupos. Este fato pode decorrer do número insuficiente de pacientes na amostra, bem como do grande número de pacientes que apresentavam anemia nos dois grupos.

A albumina foi muito menos solicitada no grupo de pacientes sem escaras, mesmo assim apresentou diferença estatística entre os grupos, corroborando com os dados presentes na literatura.

Foi significativa a menor pontuação no escore de Braden, bem como nas suas subclassificações nos pacientes com UD. Os resultados obtidos com a aplicação da Escala de Braden permitem afirmar que esta escala é um instrumento que deveria ser utilizado em todos os pacientes acamados durante a hospitalização para prever o risco de formação de UD, possibilitando intervenções profiláticas o mais precoce possível¹⁴.

CONCLUSÃO

A presença de úlceras de decúbito é condição prevalente em pacientes hospitalizados em unidade de internação clínica de hospital terciário.

Conhecendo as características que contribuem para o desenvolvimento de UD, os profissionais de saúde devem estar preparados para atender os pacientes de risco. Na prática, alguns fatores dificultam um melhor atendimento a esses pacientes como a falta de uniformização do conhecimento em relação à prevenção, a deficiência de material apropriado para auxiliar no alívio da pressão e o número reduzido de funcionários em algumas unidades.

A maioria dessas úlceras poderia ser evitada se houvesse maior conhecimento por parte dos profissionais de saúde a respeito das características principais dos pacientes que desenvolvem UP e das escalas de avaliação de risco, com a possibilidade de realizar prognóstico e, assim, preveni-las.

A identificação de fatores relacionados ao seu desenvolvimento pode ser benéfica para a prevenção ou para o posterior tratamento. Este trabalho permitiu identificar uma amostra com risco elevado de

desenvolver UP, sendo necessário adotar medidas interdisciplinares adequadas para preveni-las, principalmente durante o período de hospitalização.

REFERÊNCIAS

1. Cheryl Bansal, Ron Scott, David Stewart, Clay J. Cockerell. Decubitus ulcers: A review of the literature. *Journal of Dermatology* 2005; 44:805-810.
2. Kanj LF, Wilking SVB, Phillips TJ. Continuing medical education: pressure ulcer. *J Am Acad Dermatol*; 1998; 38(4):517-36.
3. Madhuri Reddy, Sudeep S. Gill, Paula A. Rochon. Preventing Pressure Ulcers: A Systematic Review. *JAMA*. 2006; 296:974-984.
4. BREM Harold, LYDER Courtney. Protocol for the successful treatment of pressure ulcers. *The American Journal of Surgery*. 2004; 188:9 - 17
5. Goldman: Cecil Medicine 23^a Edição. Capítulo 233. Nutritional assessment.
6. Duncan, Medicina Ambulatorial 3^a Edição. Capítulo 135. Anemia em adultos.
7. Williams Hematology 7^a edição, Cap 81. Lymphocytosis and Lymphopenia.
8. Bergstrom N, Bennett MA, Carlson CE, et al. Treatment of Pressure Ulcers. Clinical Practice Guideline Number 15, Rockville, Md, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, 1994. AHCPR publication 95-0652.)
9. Bergstrom N, Braden B, Kemp M, Champagne M, Ruby E. Multi-site study of incidence of pressure ulcers and the relationship between risk level, demographic characteristics, diagnoses, and prescription of preventive interventions. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1996; 44(1):22-30.
10. Agency for Health Care Policy and Research. Pressure ulcers in adults: prediction and prevention – U.S. Clinical practice Guideline N°3 Department of Health and Human Services; 1992 (Publication n° 92-0047)
11. Gonçalves MTF. A úlcera por pressão e o idoso. *Nursing* 1996; 9:13-7.
12. Maklebust J. Sieggreen M. Pressure ulcers guidelines for prevention and nurse management. 2nd ed. Spring: Pennsylvania House; 1996; p 97-8.
13. Mulder GD. Factors complicating wound repair. In Kloth LC, McCulloch JM, Freedard JA. Wound healing alternatives in management Philadelphia: F.A. Davis Company. 1990; p. 43-52.
14. Braden BJ. Risk assessment in pressure ulcer prevention. In: Krasner D, Kane D. Chronic wound care: health management publication. 1997; 45:p.29-36.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO AMBULATORIAL DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA INTERNA DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

Epidemiological Profile Ambulatorial of the Programme of Residence in Medical Medicina Interna do Hospital Nossa Senhora da Conceição

Diego Fontoura Mendes Riveiro* Adriana Striebel* Verônica Denardin da Rosa* Rafaela da Molin* Roberta Afonso* Rafael Barberena Moraes**

RESUMO

A despeito de todos os avanços tecnológicos, a consulta ambulatorial ainda é um momento único para estabelecer o diagnóstico e manejo dos problemas de saúde. O presente estudo visa identificar o perfil epidemiológico dos pacientes do ambulatório do programa de Residência em Medicina Interna do Hospital Nossa Senhora da Conceição – Grupo Hospitalar Conceição (HNSC – GHC), com particular atenção a prevalência de patologias relacionadas ao idoso. A grande maioria dos pacientes acompanhados, no período em estudo, é do sexo feminino, sendo que cerca de 77% dos pacientes tem mais de 51 anos. Aproximadamente 93% dos pacientes são oriundos de Porto Alegre e região metropolitana. Verificou-se que 69% dos pacientes são oriundos de retorno pós-alta hospitalar do próprio HNSC - GHC e 19% foram referendados pelos postos de saúde. Cerca de 88% dos atendimentos no período foram reconsultas. 86% dos pacientes encontram-se exclusivamente em acompanhamento ambulatorial. 95% dos pacientes foram orientados à reconsulta e aos restantes foi dada alta ambulatorial. As doenças mais prevalentes foram hipertensão arterial sistêmica (55,8%), dislipidemia (26,8%) e Diabetes Mellitus (25%). Outro fato relevante foi a baixa prevalência de doenças relacionadas ao idoso, como por exemplo, incontinência urinária (0,5%) e demência (1,3%). Os dados aqui expostos possibilitarão adequar o treinamento dos médicos residentes a demanda ambulatorial, como aquelas relacionadas ao cuidado do idoso, vislumbrando num futuro próximo a formulação de protocolos institucionais com isso reduzindo custos e acima de tudo aumentando a satisfação do usuário para com o Sistema Único de Saúde (SUS).

Descritores: Residência médica, medicina ambulatorial,, perfil epidemiológico, doenças do idoso.

ABSTRACT

Despite all the technological advances, the ambulatory consultation is still a unique moment to establish the diagnosis and management of health problems. This study aims to identify the epidemiological profile of patients in the outpatient clinic of the Residency program in Internal Medicine at the Hospital Nossa Senhora da Conceição Hospital Group Conception (HNSC - GHC), with particular attention to the prevalence of diseases related to aging. The great majority of patients who were followed, in the period of the study, and the female, being that about 77% of patients have more than 51 years. Approximately 93% of the patients are from Porto Alegre and the metropolitan region. It was found that 69% of the patients are referred from return post-hospital discharge of own HNSC - GHC and 19% were corroborated by health posts. Around 88% of visits during the period were optical glasses. 86% Of the patients are exclusively on an outpatient basis. 95% Of the patients were instructed to corticoid and the other was given outpatient discharge. The most prevalent diseases were hypertension (55.8 %), dyslipidemia (26.8 %) and Diabetes Mellitus (25 %). Another important factor was the low prevalence of diseases related to the elderly, such as for example, urinary incontinence (0.5 %) and dementia (1.3 %). The data shown here will match the training of resident physicians to demand for medical care, such as those related to the care of the elderly, gleaming in the near future the formulation of institutional protocols with that reducing costs, and above all by increasing the user's satisfaction with the Health System (SUS).

Key words: Medical Residence, outpatients medicine” epidemiological profile, diseases of the elderly.

INTRODUÇÃO

Os serviços de assistência à saúde não têm conseguido atender às demandas sociais. Em geral pode-se observar que os administradores estão sendo cada vez mais pressionados pelo aumento da tecnologia e dos custos ⁽¹⁾.

A mudança dos processos de produção, as exigências de integração e de qualidade, a ampliação dos direitos civis e o amplo acesso à informação parecem confrontar ainda mais esse modelo ⁽²⁾.

A despeito de todos os avanços tecnológicos, a consulta ambulatorial ainda é um momento único para estabelecer o diagnóstico e manejo dos problemas de saúde. Tornando-se, dessa forma, um instrumento decisivo para o exercício de uma medicina mais humana e efetiva ⁽³⁾.

*Médico internista

**Médico intensivista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e do Hospital Fêmima - Grupo Hospitalar Conceição. Preceptor do programa de residência médica em Medicina Interna do Hospital Nossa Senhora da Conceição – Grupo Hospitalar Conceição

A racionalização dos custos aliada a uma medicina de qualidade tem importantes implicações para o médico internista e generalista, uma vez que cabe a estes profissionais a maior parcela do mercado ambulatorial ⁽⁴⁾.

A otimização da resolubilidade em nível ambulatorial diminui custos do sistema de saúde, seja este governamental ou privado, diminuindo a necessidade de internações hospitalares e morbidade relacionada a esta. Entendemos ser primordial para atingirmos maior nível de excelência no atendimento ambulatorial, preciso conhecimento da demanda de atendimento, pois somente assim seremos capazes de adequar a estrutura de atendimento e o treinamento dos profissionais a esta demanda.

O presente estudo tem por objetivo identificar o perfil epidemiológico dos pacientes do ambulatório do programa de Residência em Medicina Interna do Hospital Nossa Senhora da Conceição – Grupo Hospitalar Conceição (HNSC – GHC), com particular atenção a prevalência de patologias relacionadas ao idoso.

OBJETIVOS

O presente estudo visa identificar o perfil epidemiológico dos pacientes do ambulatório do programa de Residência em Medicina Interna do Hospital Nossa Senhora da Conceição – Grupo Hospitalar Conceição (HNSC – GHC), com particular atenção a prevalência de patologias relacionadas ao idoso.

MÉTODOS

Estudo transversal, realizado no ambulatório de medicina interna do HNSC - GHC, desde 11 de março a 5 de abril de 2008.

O trabalho foi realizado através do preenchimento de instrumento de pesquisa.

Este instrumento visava identificar, além de patologias que motivavam o acompanhamento ambulatorial do paciente na instituição, dados como sexo, idade, local de residência, local de encaminhamento ao ambulatório, número de reconsultas e primeiras consultas, motivo da consulta (pacientes em investigação ou acompanhamento) bem como destino dado a este paciente pelo médico assistente.

O preenchimento era realizado pelo médico responsável pelo atendimento ambulatorial, residente do serviço de Medicina Interna do HNSC - GHC, totalizando 40 médicos, com base nas informações do paciente, dados do prontuário eletrônico e laudos de exames complementares.

Pelo seu caráter observacional, este estudo não gerou intervenções adicionais ao paciente ou ao sistema, como coletas de exames, etc.

Depois de preenchidas, as fichas foram codificadas, transcritas e analisadas no programa EXCEL, MICROSOFT OFFICE® 2003.

Os dados foram apresentados sob a forma de prevalências, médias e porcentagens.

RESULTADOS

No período do estudo, 23 dias úteis, foram disponibilizadas 1184 consultas, destas, apenas 526 (44,42%) tiveram as fichas preenchidas corretamente.

A grande maioria dos pacientes acompanhados é do sexo feminino (figura 1), com idade entre 31 e 65 anos, sendo que cerca de 77% dos pacientes tem mais de 51 anos (Figura 2).

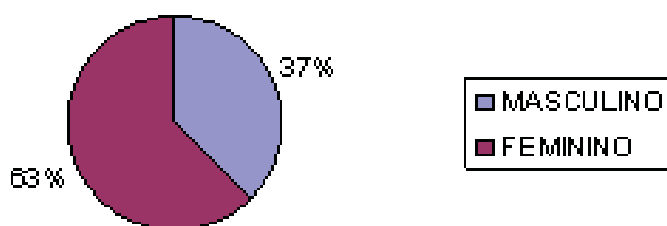


Figura 1 - distribuição por sexo dos pacientes atendidos no ambulatório de Medicina Interna do HNSC

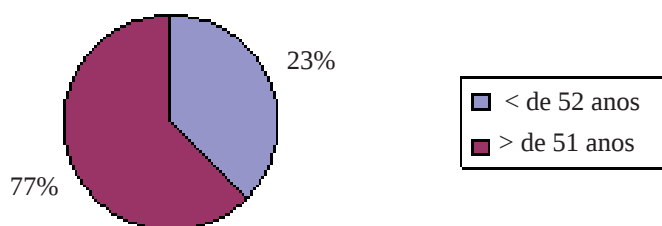


Figura 2 - distribuição por idade dos pacientes atendidos no ambulatório de Medicina Interna do HNSC

Aproximadamente 93% dos pacientes são oriundos de Porto Alegre e região metropolitana (Figura 3).

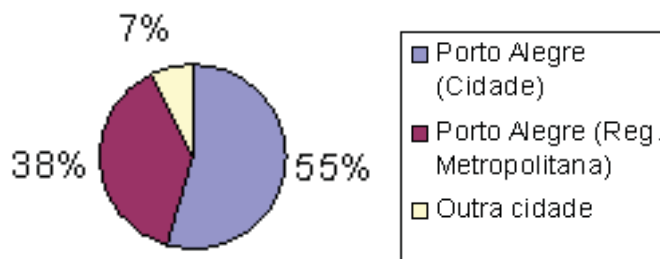


Figura 3 - Origem dos pacientes atendidos no ambulatório de Medicina Interna do HNSC

Em relação à procedência dos pacientes, o estudo verificou que 69% dos pacientes são oriundos de retorno pós-alta hospitalar do próprio HNSC - GHC e 19% foram referendados pelos postos de saúde (Figura 4).

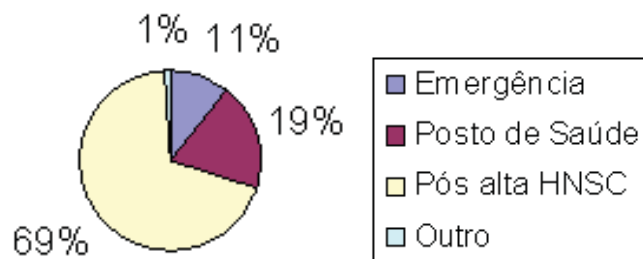


Figura 4 - Procedência dos pacientes atendidos no ambulatório de Medicina Interna do HNSC

Cerca de 88% dos atendimentos no período foram reconsultas e apenas 12% foram egressos. 86% dos pacientes encontram-se exclusivamente em acompanhamento ambulatorial, 9% em acompanhamento e investigação e 5% estão apenas em investigação (Figura 5). Como destino, 95% dos pacientes foram orientados à reconsulta e aos restantes foi dada alta ambulatorial.

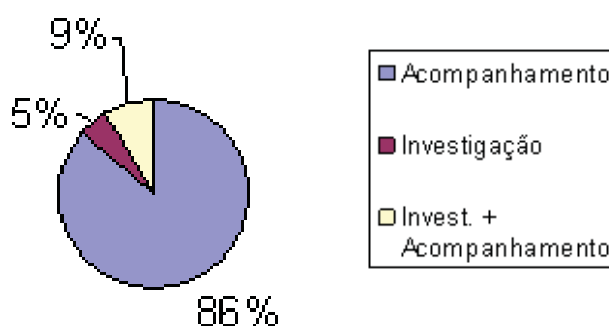


Figura 5 - Motivo do atendimento dos pacientes atendidos no ambulatório de Medicina Interna do HNSC

Em relação às comorbidades, houve 1599 problemas listados, o que representa aproximadamente 3 patologias por paciente em acompanhamento. As doenças mais prevalentes foram hipertensão arterial sistêmica (55,8%), dislipidemia (26,8%) e Diabetes Mellitus (25%) (Figura 6).

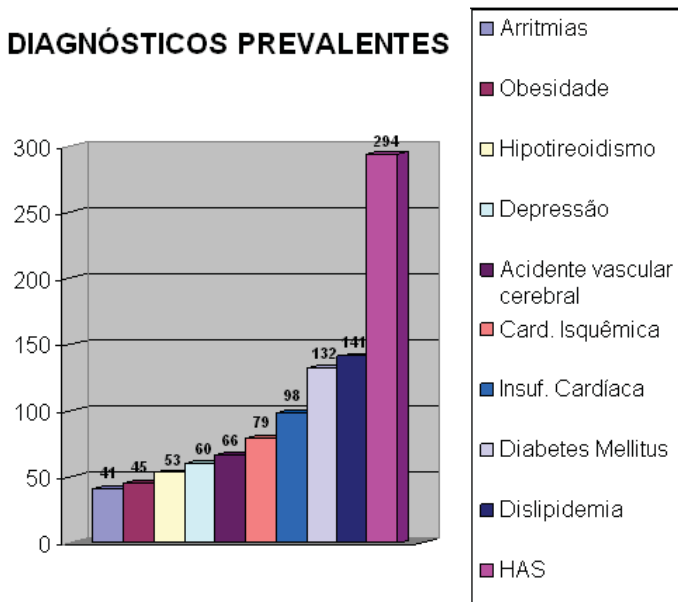
DIAGNÓSTICOS PREVALENTES

Figura 6 - Distribuição do diagnóstico dos pacientes atendidos no ambulatório de Medicina Interna do HNSC

Quando discriminamos as doenças por sistemas, verificamos a seguinte distribuição (Figuras 7 a 17).

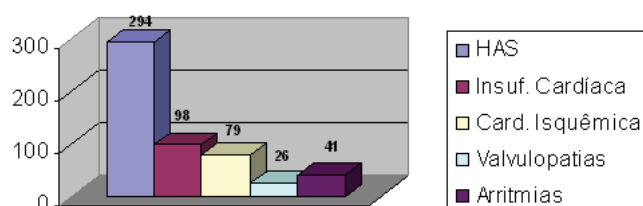
CARDIOLOGIA

Figura 7 - Distribuição das doenças cardiológicas atendidas no ambulatório de Medicina Interna do HNSC

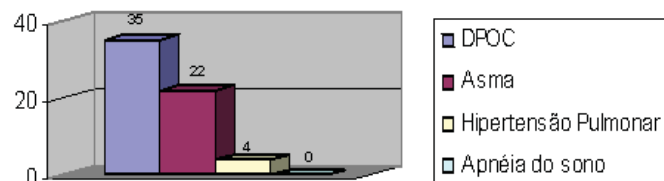
PNEUMOLOGIA

Figura 8 - Distribuição das doenças pneumológicas atendidas no ambulatório de Medicina Interna do HNSC

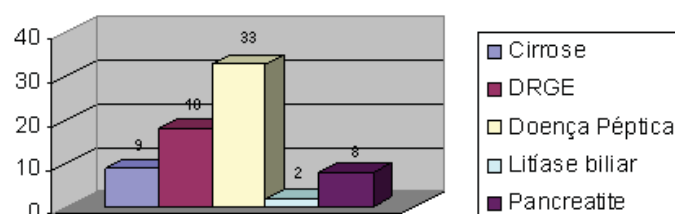
GASTROENTEROLOGIA

Figura 9 - Distribuição das doenças gastroenterológicas atendidas no ambulatório de Medicina Interna do HNSC

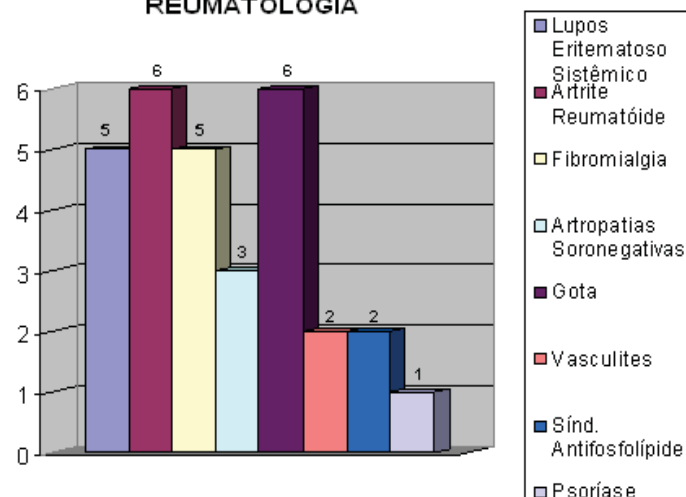
REUMATOLOGIA

Figura 10 - Distribuição das doenças reumatológicas atendidas no ambulatório de Medicina Interna do HNSC

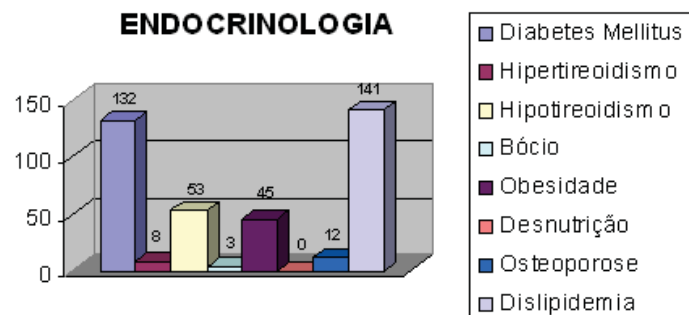
ENDOCRINOLOGIA

Figura 11 - Distribuição das doenças endocrinológicas atendidas no ambulatório de Medicina Interna do HNSC

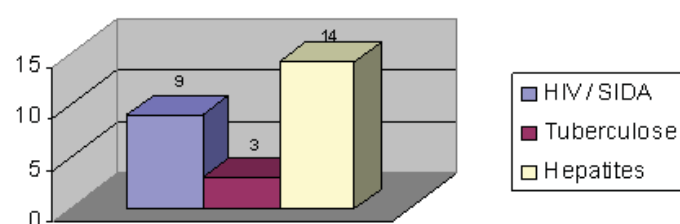
INFECTOLOGIA

Figura 12 - Distribuição das doenças infecciosas atendidas no ambulatório de Medicina Interna do HNSC

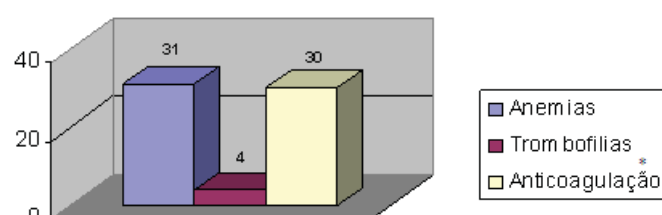
HEMATOLOGIA

Figura 13 - Distribuição das doenças hematológicas atendidas no ambulatório de Medicina Interna do HNSC

NEFROLOGIA

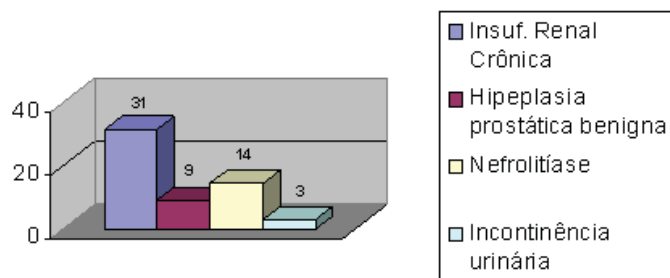


Figura 14 - Distribuição das doenças nefrológicas atendidas no ambulatório de Medicina Interna do HNSC

PSIQUIATRIA

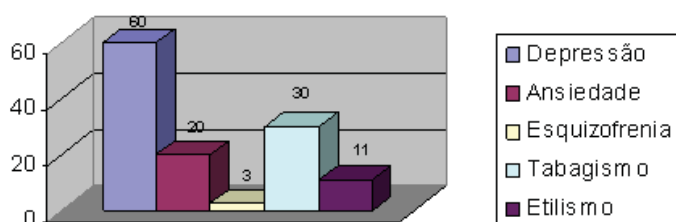


Figura 15 - Distribuição das doenças psiquiátricas atendidas no ambulatório de Medicina Interna do HNSC

NEUROLOGIA

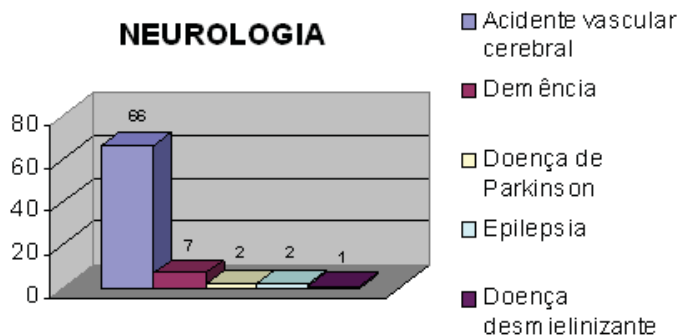


Figura 16 - Distribuição das doenças neurológicas atendidas no ambulatório de Medicina Interna do HNSC

ONCOLOGIA

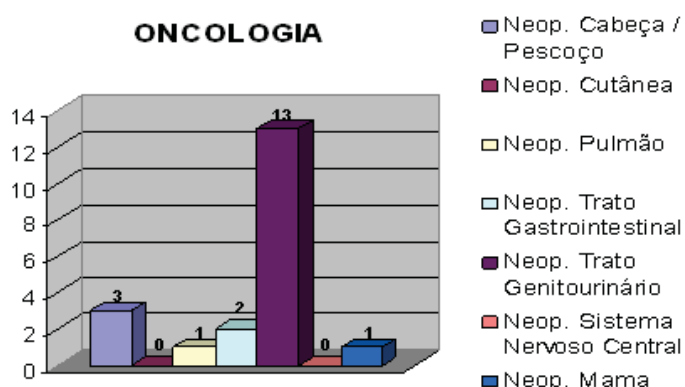


Figura 17 - Distribuição das doenças oncológicas atendidas no ambulatório de Medicina Interna do HNSC

DISCUSSÃO

A maioria dos pacientes em acompanhamento no ambulatório de medicina interna, residência médica, pelo menos no período em estudo, são mulheres entre a 4ª e 6ª décadas de vida.

Merece destaque alta prevalência feminina em acompanhamento ambulatorial, cerca de 63%, uma vez que se esperaria uma distribuição mais igualitária entre os sexos, pois os homens são mais propensos às doenças crônicas, sobretudo cardiovasculares, e as patologias ginecológicas não foram representativas na presente amostra. Uma possível explicação seria a menor aderência masculina ao acompanhamento ambulatorial, uma vez que motivações sócio-culturais poderiam explicar a maior prevalência de mulheres. Outra explicação seria a maior aderência por parte das mulheres ao tratamento e acompanhamento médico.

A grande maioria dos pacientes era proveniente de Porto Alegre, sendo que cerca de 7% era proveniente de outras cidades do estado, fato que demonstra a importância deste serviço enquanto centro de referência regional.

Sessenta e nove por cento dos atendimentos são oriundos de retorno pós-alta hospitalar e o número de doenças por paciente é 3, sendo que destes 86% encontram-se apenas em acompanhamento não necessitando nenhuma investigação complementar. O que por um lado demonstra a complexidade desses usuários também pode refletir a estagnação destes e a falta de coordenação entre as diversas esferas de complexidade do SUS onde pacientes portadores de comorbidades, que poderiam ser acompanhadas em nível de atenção primária, estão alocados em serviços de atenção terciária como é o ambulatório de medicina interna do HNSC – GHC.

Aproximadamente 56% dos pacientes eram hipertensos, fato que extrapola os resultados dos estudos populacionais que relatam entre 11 e 25% a prevalência de Hipertensão arterial sistêmica (HAS) entre adultos do estado do Rio Grande do Sul (5,6). Entretanto quando relacionamos com dados internacionais, verificamos uma concordância, visto que a prevalência é de aproximadamente 50% entre adultos maiores e 65 anos com o aumento dos níveis tensionais sendo relacionado ao aumento da idade (7).

Uma possível explicação para a elevada prevalência de HAS no ambulatório de medicina interna do HNSC-GHC é a faixa etária dos pacientes, visto que 77% destes têm mais de 51 anos, sendo que destes 11% têm mais de 81 anos.

Outro fato relevante foi a baixa prevalência de doenças relacionadas ao idoso, como por exemplo, incontinência urinária (0,5%) e demência (1,3%). Embora até 30% dos idosos não institucionalizados apresentem incontinência urinária, frequentemente este problema não é identificado pelo médico que faz o atendimento, em parte, por ser problema que o médico deve procurar ativamente na anamnese (8). A prevalência e a incidência de demência aumentam com a idade, sendo incomum antes dos 50 anos. A prevalência de demência, é cerca de 7% entre os 65 e 69 anos podendo chegar até a 20-25% entre os 85 e os 89 anos (9). Uma possível explicação para a divergência entre os dados do presente estudo e os da literatura é o não diagnóstico de tais doenças pelo médico residente, seja pela falta de preparo e conhecimento de instrumentos validados para o diagnóstico ambulatorial de demência, seja pela falta de recursos técnicos, sabidamente limitados no SUS, para o diagnóstico da incontinência urinária.

Outras patologias crônicas prevalentes em populações com este perfil apresentaram prevalência menor que o esperado, como Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (6,6%), asma (4,2%), cirrose (1,7%), doença péptica (6,3%), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida do Adulto (1,7%). Devido a familiaridade dos internistas com estas patologias não acreditamos que estes dados devam-se a subnotificação, mas provavelmente ao fato destes pacientes serem referenciados pelo médico em atenção primária a especialistas (pneumologista, gastroenterologista, infectologista...) ao invés de referenciados a internistas.

Em relação às limitações do estudo ressalta-se a baixa taxa de preenchimento do instrumento de pesquisa, visto que apenas 44,42% destes foram entregues aos pesquisadores. Como não temos a taxa de

absenteísmo (por limitações de dados do setor de informática), não podemos precisar em quantas consultas não foram preenchidos os instrumentos de pesquisa porque o paciente não compareceu a consulta ou em quantas o instrumento não foi preenchido pelo médico residente apesar da presença do paciente. Porque o absenteísmo não nos parece tão elevado, parece ter havido subnotificação das consultas. Uma possível explicação para este fato seria a inexistência de protocolos institucionais e o pequeno número de pesquisas dessa natureza atualmente em andamento no HNSC, o que pode não gerar no médico residente a cultura e o hábito na confecção e colaboração na produção científica.

CONCLUSÃO

Este estudo transversal, apesar das limitações expressas, possibilitou caracterizar o perfil epidemiológico do ambulatório de residência do Serviço de Medicina Interna do HNSC. Os dados aqui expostos possibilitarão adequar o treinamento dos médicos residentes a demanda ambulatorial, bem como qualificá-la a identificar situações observadas como pouco prevalentes como aquelas relacionadas ao cuidado do idoso.

Com o advento das novas tecnologias e a crescente demanda dos pacientes para os grandes centros, cabe aos diversos gestores do SUS organizar e direcionar esta demanda de forma adequada e otimizada. Para tanto, conhecer o usuário do sistema de saúde de cada instituição torna-se importante ferramenta para alcançar essas metas.

Este intuito foi que motivou a realização deste trabalho que, entre outros objetivos, almeja salientar a importância da medicina ambulatorial no manejo de pacientes com doenças complexas, principalmente em hospital terciário, vislumbrando num futuro próximo a formulação de protocolos institucionais que otimizem a objetividade e a resolutividade, com isso reduzindo custos e acima de tudo aumentando a satisfação do usuário para com o SUS.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a colaboração dos médicos residentes do programa de medicina interna do HNSC – GHC, sem os quais seria impossível a realização de tal trabalho. Acreditamos que os dados gerados por este estudo, ainda que pequeno e limitado seja mais um avanço para a melhoria da atenção à população prestada por este programa de residência médica que figura entre os melhores serviços do Estado e do País.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFIA

- 1 Martin DP, Dieher P, Price KF, Richardson WC. Effect of a gatekeeper plan on health services use and charges: a randomized trial. *Am J Public Health* 1989; 79: 1628-32.
- 2 Towle A. Changes in health care and continuing medical education for the 21st century. *BMJ* 1998; 316: 301-4.
- 3 Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. A consulta ambulatorial. *Medicina ambulatorial: Condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3ª Edição – Artmed, Porto Alegre. 2004.
- 4 Barker LR, Zieve PD. Issues of general concern in ambulatory medicine: Principles of ambulatory medicine. 7ª Edition - Lippincott Williams & Wilkins, New York, 2007.
- 5 Achutti A, Medeiros AB. Hipertensão arterial no Rio Grande do Sul. *B da Saúde da SSMA-RS* 1985; 12 2-72
- 6 Fuchs FD, Moreira LB, Moraes RS, Bredemeier M, Cardozo SC. Prevalência de Hipertensão e fatores associados na região urbana de Porto Alegre. *Arq Bras Cardiol*. 1994; 63: 473-9.
- 7 Kaplan, NM. Clinical hypertension 8th ed. Philadelphia, Lippincott Williams Wilkins, 2002.
- 8 Weiss BD. Diagnostic evaluation of urinary incontinence in geriatric patients. *Am Fam Physician*. 1998; 57: 2675-90.
- 9 Goldman L, Ausiello D. Alzheimer disease and other dementias in Cecil Medicine. 23ª Edition – Saunders Elsevier Philadelphia, 2008.

O IMAGINÁRIO DO USUÁRIO SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): UM ESTUDO DE CASO

The Imaginary Mind of the user about Unified Health System (SUS): A case study

Aline Martinelli Piccinini* Marielly de Moraes** Pâmela Billig Mello*** Vera Maria da Rocha****

RESUMO

Este estudo teve como objetivo compreender o imaginário apresentado pelos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre este. Para este estudo de caso foram sujeitos dois cuidadores de pacientes restritos ao leito que recebem atendimento fisioterapêutico domiciliar privado, residentes em locais de vulnerabilidade social na cidade de Porto Alegre/RS. O instrumento de pesquisa foi uma entrevista semi-estruturada com os cuidadores. Percebemos que os usuários do SUS não contemplam o serviço em toda a sua complexidade, limitando-se ao serviço hospitalar e assistência local. De um modo geral, os usuários constroem seu imaginário baseados nas notícias veiculadas pelos meios de comunicação e nas suas vivências.

Descritores: Pacientes. Percepção. Sistema Único de Saúde. Serviços de Assistência Domiciliar.

ABSTRACT

This study aimed to understand the imaginary of Unified Health System (SUS) users about SUS. For this case study were subjects two caregivers of patients confined in bed that received private home care physical therapy, residents in places of social vulnerability in the city of Porto Alegre/RS. The research instrument used was an semi-structured interview with the caretakers. We can understand that users of SUS do not understand the service in all its complexity, limited to hospital service and local assistance. Generally, users build their minds based on reports by the media and their experiences.

Key words: Patients. Perception. Single Health System. Home Care Services.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto de um longo processo de construção política e institucional nomeado Reforma Sanitária, voltado para a transformação das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, gestado a partir da década de 70, quando o Brasil vivia sob a ditadura militar. O processo da Reforma Sanitária brasileira como projeto civilizatório pretendeu produzir mudanças dos valores prevalentes na sociedade brasileira, tendo a saúde como eixo de transformação e a solidariedade como valor estruturante ⁽¹⁾.

O surgimento do SUS na Constituição Brasileira de 1988 garante que “Saúde é um Direito de Todos e um Dever do Estado”. Com ele, o Estado passou a ser o responsável legal pela saúde da população brasileira. O SUS nasceu há 20 anos e, aos poucos vem consolidando o processo de mudança em direção à ampliação do cuidado e à promoção da saúde a fim de melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.

Os impasses antepostos ao SUS universal, humanizado e de qualidade exigem a reposição do usuário-cidadão como o centro das formulações e operacionalização das políticas e ações de saúde. A lógica que deve orientar a organização dos serviços de atenção e atuação

dos profissionais da saúde é a de tornar mais fácil a vida do cidadão-usuário, no usufruto de seus direitos. Trata-se de organizar o SUS em torno dos preceitos da promoção da saúde, do acolhimento, dos direitos à decisão sobre alternativas terapêuticas, dos compromissos de amenizar o desconforto e o sofrimento dos que necessitam de assistência e cuidados ⁽¹⁾.

Mesmo com todas as limitações ainda presentes, o SUS existe para servir a todo e qualquer brasileiro, e está pautado na Constituição Federal com princípios e diretrizes que devem garantir sua universalidade, equidade, integralidade, hierarquização, descentralização e a participação do controle social ⁽²⁾.

Dado o reconhecimento da importância do SUS na vida dos brasileiros cabem algumas reflexões acerca da compreensão da população a quem o SUS se direciona, ou seja, os usuários dos serviços de saúde, sobre o seu entendimento em relação ao sistema.

Conforme alguns autores o contexto social e a cultura apresentam grande influência sobre “as maneiras de pensar e agir” das populações frente aos seus problemas de saúde. Segundo eles, os comportamentos de uma população diante de seus problemas de saúde, incluindo a utilização dos serviços médicos disponíveis, são construídos a partir de universos sócio-culturais específicos ⁽³⁾.

Alguns autores descrevem a cultura como o universo de símbolos e significados que permite aos indivíduos de um grupo interpretar a experiência e guiar suas ações ⁽⁴⁾.

Quando se trata de informações e diálogos relacionados à saúde, tanto na mídia quanto nos espaços dos serviços de saúde, existe a prevalência adotada pelos sistemas autoritários e verticais de poder ou por ações sociais e políticas destinadas a doutrinar ou a fazer com que o receptor adote, sem muita discussão, as idéias e prescrições do emissor.

Contrária a essa perspectiva hegemônica, descontextualizada, autoritária e resistente, alguns autores, referem que a comunicação e a

*Fisioterapeuta (UNICRUZ), Formação Pedagógica – Saúde Coletiva (UNICRUZ); mestre em Ciências do Movimento Humano (UFRGS) e mestranda em Docência Universitária (UTN). Professora do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA).

* Fisioterapeuta, especialista em Saúde Pública (ESP/RS), Ênfase em Pneumologia Sanitária e Atenção Básica em Saúde pela RIS/ESP/RS; mestre em Ciências do Movimento Humano (UFRGS).

*** Fisioterapeuta, Formação Pedagógica – Anatomia e Fisiologia (UNICRUZ); mestre e doutora em Ciências Biológicas: Fisiologia (UFRGS). Professora adjunta da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Autor correspondente. Laboratório de Fisiologia Humana. Universidade Federal do Pampa – Campus Uruguaiana – RS.

**** Educadora Física e Fisioterapeuta; especialista em Processos de Mudanças na Formação Superior ENSP/Fiocruz; mestre em Ciência do Movimento Humano (UFSM); doutora em Educação pela UFRN. Professora do curso de Fisioterapia e do PPG Em Ciências do movimento Humano da UFRGS.

integralidade se encontram, tendo em vista a concepção de que os sentidos da saúde não se constituem de modo fragmentado ou estanque, mas na articulação das práticas, saberes, memórias, expectativas, histórias de vida, lugares de fala, constituintes das e constituídos pelas vozes que emanam das instituições e da população ⁽⁵⁾.

Quando focada no SUS, a imprensa acaba voltando-se para suas falhas, é uma crítica muito comum entre trabalhadores de saúde. Assim, a imprensa acaba passando à população imagens embaçadas do que seja o SUS e não atribuindo ao sistema a sua verdadeira dimensão e importância; dessa forma, contribuindo para tornar frágeis as tentativas de identificação com o sistema por parte da população. Prova disso são as manchetes distorcidas e superficiais na imprensa diária ou a noção equivocada das pessoas de que o sistema de saúde resume-se ao atendimento hospitalar.

Permeando o campo da saúde, as informações circulam em sistemas governamentais e não-governamentais, como jornais, televisão, rádios, internet dentre outros, e, sobretudo nas relações que se estabelecem a todo instante, carregadas de subjetividades; nas relações médico-paciente, nas relações do cidadão com os serviços públicos e privados e nas relações interpessoais ^(6,7).

As contribuições da construção do imaginário dos indivíduos trazem uma dimensão simbólica das relações, das instituições, do cotidiano, das criações sociais, enfim, da realidade. Estudar o imaginário e suas representações é tentar conhecer um pouco mais as diferentes trajetórias históricas e culturais que nos levam a determinadas atitudes.

O campo do imaginário social, são significações instituídas e instituintes que dão sentido ao nosso ser e ao nosso fazer ⁽⁸⁾.

Neste sentido, pretendemos com este estudo investigar e compreender o imaginário apresentado pelos usuários do sistema público de saúde sobre o SUS.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa que entende a saúde como socialmente construída, realizada segundo um delineamento descritivo baseado em entrevistas, tendo como colaboradores usuários do serviço de atenção básica em saúde.

A investigação social apresenta como característica básica em seu objeto o aspecto qualitativo, o qual considera o sujeito de estudo: pessoas, em determinada condição social, pertencentes a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados, buscando entender os achados de campo não através da quantificação e da relação causa-efeito, mas sim mediante um processo compreensivo-interpretativo ⁽⁹⁾.

As estratégias qualitativas indicam o que é importante estudar em um dado contexto sócio-cultural, permite identificar variáveis permanentes e formular hipóteses culturalmente apropriadas ⁽³⁾.

Utilizamos a estratégia de estudo de caso que consiste em uma investigação detalhada com vistas a prover uma análise do contexto e dos processos envolvidos no fenômeno em estudo ⁽¹⁰⁾.

Os sujeitos do estudo foram 2 cuidadores de pessoas restritas ao leito, os quais, assim como as pessoas cuidadas são usuárias do SUS. Os dois participantes são do gênero feminino, têm idade de 47 e 23 anos e estudaram até o último ano do ensino fundamental.

As cuidadoras apresentam vínculo familiar com as pacientes, sendo que uma é nora e a outra sobrinha.

O PSF do qual estas usuárias fazem parte é restrito à equipe mínima de profissionais. Dessa forma os usuários contam apenas com o serviço público de saúde: entretanto recebem atendimento privado de fisioterapia domiciliar em virtude da não existência destes profissionais no PSF ao qual pertencem e da necessidade deste serviço.

Os critérios utilizados para eleger os sujeitos da pesquisa foram a situação sócio-econômica e a dependência de serviços públicos de saúde por parte dos mesmos.

As cuidadoras foram convidadas a participar do estudo, e esclarecidas acerca dos objetivos e da importância da pesquisa, além de seu direito de recusa a qualquer momento. Ambas aceitaram ser colaboradoras, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e

responderam a uma entrevista em seu domicílio, em dia e horário de sua preferência.

Para a coleta dos dados foi utilizada uma entrevista semi-estruturada, que teve como eixo norteador o entendimento das cuidadoras acerca do Sistema Único de Saúde. Neste contexto as formas de acesso das usuárias ao sistema, o conhecimento dos serviços públicos de saúde disponíveis, a expectativas relacionadas os aspectos positivos e negativos do SUS e a sua participação como usuárias.

As informações foram gravadas, transcritas pelas pesquisadoras e analisadas de forma descritiva. Para análise as entrevistas foram analisadas através de uma leitura global para ter um primeiro contato com o conteúdo que elas veiculavam, exploração do material, identificando as unidades de registro em cada entrevista, procurando interpretar com base na discussão teórica.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura Municipal de Porto Alegre em 26 de janeiro de 2010, estando o processo registrado sob o número 001.040769.09.7

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Características sócio-demográficas dos sujeitos

As usuárias referem que suas condições econômicas e de habitação são razoáveis. Apresentam rendimento mensal de aproximadamente três salários mínimos, originado da aposentadoria de seus familiares. Ambas relatam que estão desempregadas, e, grande parte de suas despesas estão destinadas à alimentação e medicação. Residem na periferia de Porto Alegre, com seus familiares, os quais são os proprietários das residências. As habitações são providas de água encanada, energia elétrica e banheiro com vaso sanitário.

O imaginário das usuárias

O SUS como um sistema de assistência aos que não têm um plano privado

Quando questionadas sobre o que entendem pelo SUS as usuárias responderam:

“(...) é uma coisa gratuita, que é para as pessoas pobres (...) sem pagar nada, assim de graça, é do governo (...). Tem pessoas que tem a renda maior que usam também (...).”

“(...) é um lugar que pode ser atendido as pessoas que não tem INPS, IPE (...).”

“(...) fiz cesariana que foi paga pelo SUS (...).”

Nas falas é possível identificar que as usuárias entendem que o SUS é um serviço gratuito prestado pelo governo, voltado para a população carente que não tem condições de ter um plano de saúde privado.

Alguns autores afirmam que, mesmo sendo o SUS destinado a todos os cidadãos, independente de quaisquer características, a existência de grandes desigualdades sociais no Brasil e a presença dos planos de saúde privados podem gerar a expectativa de que as políticas públicas oferecidas pelo SUS sejam exclusivamente destinadas para a parcela da população não coberta pelo sistema privado ⁽¹¹⁾.

As usuárias também não vislumbram que o SUS é mantido pelos impostos pagos pela própria população.

O hospital como primeira via de acesso ao SUS

As colaboradoras relatam que o hospital é a forma mais freqüente de acesso ao SUS, ele é colocado em primeiro plano, mesmo uma delas residindo próximo ao PSF e ambas fazendo parte do programa, recebendo a visita dos agentes comunitários de saúde.

“(...) quando eu me sinto mal eu pego um ônibus e vou no hospital (...).”

“(...) eu uso bastante é o hospital (...) e o postinho é só pra pegar remédio mesmo, é difícil eu ir lá (...)”

As usuárias compreendem e utilizam o hospital como primeira forma de acesso ao Sistema Único de Saúde e em segundo lugar o posto de saúde, referenciando que o posto de saúde é somente um local para a busca de medicamentos. Elas apresentam uma visão do SUS restrita aos serviços hospitalares e de assistência básica (Postos de Saúde).

As falas demonstram que as usuárias consideram o hospital como um lugar melhor, mais “bem equipado” para tratar a doença, acionando-o como primeira opção sempre que julgam necessitar de atendimento.

Em contrapartida uma autora relata em um de seus estudos a experiência de algumas famílias entrevistadas sobre o sistema de saúde. Elas referem que o mesmo é peculiar a das classes trabalhadoras menos privilegiadas: um serviço bastante massivo, inespecífico, com ênfase no biológico. Um atendimento geralmente impessoal, que desconhece o contexto sócio-cultural e a história pessoal dos clientes ⁽¹²⁾.

Também é possível identificarmos a relação existente entre SUS, doença e saúde, sendo o sistema interpretado como responsável pelo atendimento à doença. Desta forma a lógica de educação e saúde, promoção da saúde, prevenção de doenças, que fazem parte da estratégia do PSF, no qual, ambas estão incluídas, além de todos os outros serviços de responsabilidade do SUS, estão distantes do imaginário das usuárias.

As usuárias referem que mesmo o acesso aos médicos no PSF é difícil, em se tratando da necessidade de especialistas, ressaltando isto como aspecto negativo, na pergunta que segue mais adiante.

Médico no SUS, outros profissionais no sistema privado

Quanto ao conhecimento das usuárias acerca dos profissionais atuantes no SUS ambas referiram apenas a presença do médico. Apresentam conhecimento em relação a alguns outros profissionais da área da saúde, como, por exemplo, o fisioterapeuta, porém referem saber pouco sobre sua atuação e desconhecer sua presença no SUS, associando-o exclusivamente ao setor privado. Por isso, compreendemos o motivo pelo qual as mesmas buscam pelo serviço privado de fisioterapia domiciliar.

Muitos usuários não conhecem sequer a função de certos profissionais de saúde, tais como fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas... Indo um pouco mais adiante também é possível perceber que os próprios profissionais de saúde, inseridos em seus locais de trabalho conhecem superficialmente ou desconhecem a respeito destes e de outros assuntos. Muito pouco ou nada se conhece sobre os Conselhos de Saúde, sobre as Conferências de Saúde, o Controle Social... O que estará acontecendo? Por que os assuntos relacionados ao SUS e à saúde são uma incógnita?

Além de os usuários do SUS não contemplarem o serviço em toda a sua complexidade limitando-se ao serviço hospitalar e de assistência local e não perceberem o SUS como oferecendo serviços para todas as classes sociais eles não identificam que o sistema apresenta outros profissionais além de médicos.

“(...) acho que ginecologista e pediatra eu acho que só tem, já os outros são complicados de conseguir tipo neurologista pra... (...)”

Apesar de receberem a visita de agentes comunitários de saúde e enfermeiros do PSF estes não foram lembrados no momento da entrevista.

Aspectos positivos do SUS: proximidade geográfica

Os aspectos positivos do SUS para uma das usuárias estão no fácil acesso ao posto (pela proximidade geográfica) e, em relação ao hospital, no atendimento “agilizado”.

“(...) Bom, é que tu tem atendimento quando precisa de aten-

dimento voc, vai lá e é atendido(...)”

Já a outra referiu que não consegue vislumbrar nenhum:

“(...) Não sei, porque tudo é tão complicado, tudo tão difícil tem que “madrugá” pra conseguir um médico, tudo. Já marquei médico pro meu guri no posto e fui pra consulta e chegou na hora consultaram os outros que eram depois dele e o médico foi embora e eu fiquei lá esperando.(...)”

Aspectos negativos do SUS: longas filas e dificuldades de atendimento

Em relação aos aspectos negativos, para um dos entrevistados estão relacionados às longas filas de espera para atendimento no posto e a demora para conseguir uma consulta médica, também no posto de saúde.

“(...) A demora pra conseguir um médico, tem que “posá” (...)”

“(...) No posto só que teve este problema, no hospital aonde eles consultam nunca teve este problema, só o posto que é mais ruim pra tu pegá um remédio, um ginecologista estas coisas, si tem que madruga tem que tá lá 3 hora da manhã pra conseguir (...)”

A outra colaboradora refere que quem possui plano de saúde pode optar por um atendimento melhor, mas quem não o tem necessita do SUS, e para ela não há nada de negativo neste sistema.

“(...) É realmente os que têm IPE, têm convênio sabe que eles não gostam deste atendimento, mas a gente que necessita e não tem outro meio que é o SUS eu pra mim é bom, não tem nada de ruim .(...)”

Quando é perguntando a que a usuária atribui os aspectos negativos sobre o ela relata que ouviu falar nos hospitais, no posto, na televisão e em todo lugar.

Devemos destacar que os aspectos positivos e negativos apontados estão ligados diretamente à localização de suas residências, no entanto a usuária que mora próximo do posto de saúde não ouviu falar sobre a demora no atendimento e nem as filas de espera, e a única coisa que a mesma deixa claro é que as pessoas que apresentam plano de saúde privado não gostam deste atendimento do SUS. Mas ela, como necessita do mesmo e não tem plano de saúde particular, considera o SUS como sendo bom pela necessidade, o que não deixa claro a sua opinião quanto ao sistema.

CONCLUSÃO

As representações sobre a dimensão do Sistema Único de Saúde para as usuárias são imagens criadas pela desinformação e desconhecimento das mesmas sobre o sistema. As usuárias imaginam que o SUS é somente para pessoas carentes, que não têm nenhum plano de saúde. Em virtude de suas condições de vida e realidade social, não vislumbram outra perspectiva e acabam, muitas vezes, aceitando e se conformando com este tipo de atendimento.

De acordo com a cultura sanitária da maioria da população, afirmada pela maior parte dos serviços de saúde que valorizam as patologias, a busca pelo atendimento é somente quando estão doentes, e não como uma forma de prevenção. Pode-se dizer que o estado de saúde de uma população é associado ao seu modo de vida e ao seu universo social e cultural.

O SUS permanece com a imagem de um sistema de acesso à saúde para aqueles que não têm outra opção. Estes, então “tem” que se submeter ao que o sistema oferece e “como” ele oferece, surgindo então, a imagem tão enfatizada pela mídia e que faz parte do imaginário de grande parte da população brasileira, independente da classe social: a de um SUS com enormes filas, falta de leitos, falta de medicamentos, etc.

Podemos dizer que a cultura e o imaginário de um determinado grupo são construídos de acordo com seus valores, crenças, pressupostos, percepções, normas e padrões de comportamento não muito palpáveis e tampouco fáceis de serem observadas e apreendidas, embora tomadas como óbvias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA - ABRASCO – CEBES – ABRES – REDE UNIDA – AMPASA. O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. Rio de Janeiro; 2006.
2. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
3. UCHÔA E, VIDAL JM. Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma abordagem da Saúde e da Doença. Cad Saúde Públ., 1994; 10(4); 497-504.
4. GEERTZ C. The interpretation of cultures. New York: Basic Books Inc. Publishers; 1973.
5. ARAÚJO IS, CARDOSO JM. Circulação Polifônica: Comunicação e Integralidade na Saúde. In: Construção Social da Demanda; direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2005.
6. VASCONCELOS W. Guerreiros do SUS, comunicai-vos! Revista RADIS – Comunicação em Saúde - Escola Nacional de Saúde Pública. 42; 2006.
7. PITTA AMR. Saúde & Comunicação: Visibilidade e Silêncios. São Paulo: Ed. Hucitec – ABRASCO; 1995.
8. CASTORIADIS C. As encruzilhadas do labirinto I: Os domínios do homem. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
9. MINAYO MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Ed. Hucitec-ABRASCO; 1992
10. NETO OC. O Trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO CS. Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. 7º ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 1997.
11. RIBEIRO MCSA, BARATA RB, ALMEIDA MF, SILVA ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. Ciênc Saúde Coletiva.;2006; 11(4); 1011-1022.
12. MINAYO MCS. Saúde-doença: Uma concepção popular da etiologia. Cad Saúde Públ.; 1988; 4(4); 363 – 381.

ENTENDIMENTO DAS PACIENTES DO ESTUDO NISDI : UMA AVALIAÇÃO QUALITITATIVA

Understanding Of The NISDI Study for Patients: A Qualitative Evaluation

Joana Darc Paz Teixeira Jobim* Mario Ferreira Peixoto** Elizabete Teles*** Edith Janete Schaefer**** Honor de Almeida Neto*****

RESUMO

A presente pesquisa destina-se a avaliar o entendimento das pacientes que participaram do estudo NISDI.

Das 262 mulheres que participaram do estudo NISDI, 130 foram entrevistadas na condição de gestante e mãe, que foram divididas em: a) mães com filhos não infectados pelo HIV; b) mães com filhos infectados pelo HIV; c) gestantes com diagnóstico do HIV na gestação de inclusão no estudo NISDI; e, d) gestantes com o diagnóstico em gestação anterior.

Os resultados da presente pesquisa sugerem que os TCLEs, bem como as metodologias empregadas a sua aplicação, além de adaptarem-se à língua e cultura locais e ao nível de instrução dos possíveis participantes, necessitam uma adaptação às vulnerabilidades específicas de cada população, a ser estudada. No mesmo sentido, uma ou mais avaliações pós-consentimento com cada participante, poderia corrigir distorções no entendimento e, assim, assegurar-se a liberdade da decisão do sujeito de pesquisa quanto a sua participação.

Descritores: Estudo NISDI; HIV/AIDS; Entendimento; Pesquisas Clínicas; Consentimento Informado

ABSTRACT

This research aims to assess the understanding of the patients who participated in the study NISDI Femina Hospital.

Of the 262 women who participated in the study, 130 were interviewed on condition of pregnancy and / or mother, who were divided into: a) mothers with children not infected with HIV; b) mothers with children infected by HIV; c) pregnant women with a diagnosis of HIV in pregnancy inclusion; d) women with a diagnosis of previous pregnancy.

The results of this research suggest that TCLEs (as well as the methodologies employed in this application) as well as adapt to local language and culture and level of education of potential participants, need to adapt to specific vulnerabilities of each population to be studied.

Similarly, one or more postoperative assessments with each participant consent, could correct the distortions in the understanding and thereby ensure the freedom of the research subject's decision regarding their participation.

Key words: study NISDI; HI/AIDS; Understanding; Clinical Research; Informed Consent

INTRODUÇÃO

“Somos aprendizes de uma arte na qual ninguém se torna mestre”
Ernesto Hemingway

O Hospital Fêmina através do Grupo Hospitalar Conceição, desde 2003, passou a abrigar uma unidade de pesquisa do Estudo de Observação Prospectiva de Crianças Expostas ao HIV e Infectadas pelo HIV e de Mulheres Grávidas infectadas pelo HIV em unidades Clínicas de Países da América Latina e Caribe (NISDI).

O estudo NISDI é patrocinado pelo Instituto Nacional da Criança e Desenvolvimento Humano NICHD, que é parte do Instituto Nacional da Saúde (NIH) dos Estados Unidos da América.

As pacientes selecionadas para participar no estudo NISDI, o fazem voluntariamente. Esse estudo, com base em normas padrões para pesquisas envolvendo seres humanos submete essas voluntárias a leitura e concordância de Termo de Consentimento denominado “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”(TCLE). O propósito do TCLE é esclarecer as voluntárias sobre as razões e metas do estudo NISDI do qual irão participar. O conteúdo desse TCLE pode ser apontado como um bom exemplo de preocupação ética, pois procura, na seleção de voluntárias, informá-las detalhadamente do que é a investigação e quais os benefícios, em termos humanos, que poderão ajudar a criar aceitando participar do estudo.

Do mesmo modo, o TCLE esclarece enfaticamente que há necessidade de um compromisso pessoal no estudo, e que é importante cumpri-lo para que a pesquisa seja bem sucedida. Não deixa, porém, de ressaltar que não existirão benefícios diretos para a voluntária e seu filho por tomarem parte no estudo.

O TCLE explica claramente que estudo NISDI, tem o objetivo de gerar um banco de dados prospectivo de Crianças Expostas ao HIV e Infectadas pelo HIV e de Mulheres Grávidas infectadas pelo HIV e que, esses dados, poderão ajudar a ciência médica a compreender melhor os riscos para recém nascidos e crianças, dos medicamentos para o HIV, tomados por mulheres grávidas, a fim de impedir que os bebês sejam infectados pelo HIV. Além disso, este estudo poderá ajudar a comunidade científica a compreender melhor como o HIV afeta as crianças e os riscos implícitos para crianças que tomam medicamentos contra o HIV.

As pacientes que aceitam participar desse estudo observacional são, portanto, devidamente esclarecidas de tudo o que ocorrerá. Os procedimentos, os riscos que eventualmente correm e de que, assim como não usufruirão qualquer regalia no tratamento que recebem, também nada perderão no tratamento que elas e o bebês já recebem.

A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) tem causado modificações de comportamento, quer seja nos sujeitos portadores da enfermidade, quer seja no impacto que estes sujeitos causam no comportamento das comunidades em que vivem. Sendo este um problema de ordem mundial, todas as informações obtidas por profissionais que lidam com o problema, poderão contribuir para ajudar a ciência médica a encontrar cada vez mais soluções capazes de aliviar o sofrimento de milhões de pessoas infectadas e seus familiares.

*Assist. Social do Serv. de Infectologia do Hosp. Fêmina

**Médico Infectologista do Hosp. Fêmina

***Enfermeira do Serv. de Infectologia do Hosp. Fêmina

****Psicóloga do Hosp. Fêmina

*****Orientador Mestre Doutor ULBRA

Na história do pensamento humano, toda a investigação em busca do real significado para o desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos delineia contornos éticos que resguardam a investigação científica. A mesma natureza que deu ao pesquisador a avidez de encontrar a verdade, também em igual proporção lhe é conferido responsabilidade de natureza ética.

Guiados por tais princípios, buscamos compreender o real entendimento das pacientes que participaram do estudo NISDI, que foi desenvolvido num período de 4 anos, com visitas (consultas médicas) e exames laboratoriais a cada 6 meses.

Portanto, o objetivo desta pesquisa é medir o entendimento das pacientes que participaram do estudo NISDI, qualitativamente, até que ponto elas mantêm a consciência da extensão e dos limites do papel que desempenharam nesse estudo.

O problema de pesquisa foi formulado através das seguintes constatações:

1. Durante o contato cotidiano com as pacientes que aceitaram participar do estudo NISDI, observou-se que elas esperavam participar de uma experiência que poderia ajudar a encontrar a cura para a doença que as atingiu e a seus filhos;
2. Que as participantes, após o término do estudo NISDI, procuravam os profissionais da área interessadas em manter-se no estudo ou solicitando a sua inclusão em novos projetos do gênero;
3. Que também, algumas pacientes após cerca de 6 meses de participação nesse estudo, e tendo conseguido bons resultados no tratamento de seus bebês, tornavam-se menos comprometidas com as visitas agendadas.

Neste sentido questiona-se especificamente:

- O que as pacientes entenderam da sua participação no estudo NISDI?

Com base nessas observações, as hipóteses a serem testadas por esta pesquisa são as seguintes:

- As pacientes aceitaram participar do estudo NISDI, porque entenderam seu objetivo;
- Ao serem incluídas no estudo NISDI as pacientes esperavam participar de uma experiência que poderia ajudar a encontrar a cura para HIV/AIDS.
- As pacientes aceitaram participar do estudo NISDI na expectativa de que, assim agindo, conseguiriam garantir tratamento e acompanhamento para si e para seus bebês.

Portanto, este será o foco desta pesquisa: medir a eficácia da aplicação do TCLE, pelos profissionais que compõem a equipe de estudos, no que tange a transmissão de informações no momento do convite às pacientes selecionadas a participarem do estudo NISDI.

A partir do conhecimento obtido com esta pesquisa será possível compreender o entendimento das pacientes que participaram do estudo NISDI.

Será possível também, escolher caminhos para melhorar, se for o caso, a forma como o TCLE está sendo aplicado pelos profissionais que integram a equipe de estudos, apresentando outra perspectiva, com uma nova abordagem aos sujeitos pesquisados e com isso trazendo um novo resultado na luta pela ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

REFERENCIAL TEÓRICO

É preciso ter uma idéia clara da ordem que se espera da realidade, a especificação dos passos que devem ser tomados, em certa ordem, a fim de alcançar determinado fim, mas não há neutralidade.

De acordo com kern,

No caminho que se percorre na busca do conhecimento sobre o objeto em estudo não se estabelece uma neutralidade. No processo de objetivação crítica que se constrói em busca do fenômeno, estabelece-se um envolvimento com a investigação(...). A experiência de operacionalizar a investigação caracteriza-se na atitude de imergir e impregnar-se no estudo do fenômeno. (KERN, 2004)

Por isso o uso de filtros na construção do objeto, com a busca de outro olhar de diferentes autores. Segundo Minayo (2003) “teoria, método e criatividade, são os três integrantes ótimos que combinados, produzem conhecimento e dão continuidade à tarefa dinâmica de sondar a realidade e desvendar seus segredos”.

Para poder conhecer a trajetória de vida, as experiências sociais dessas pacientes, e como elas se expressam no cotidiano, no modo de vida, significações, valores, sentimentos e representações, Martinelli (1994), afirma que “Se queremos conhecer o modo de vida temos que conhecer as pessoas”. O que significa tentar compreender a sua trajetória histórica no contexto social e questões internas e externas que causam impacto nestas pacientes tanto como suas expectativas em relação ao futuro. Pressupõem-se o conhecimento de sua experiência social de forma a aprofundar a análise e não apenas conhecer os fatos de forma sumária.

A primeira imagem, palavra ou reação frente o diagnóstico da AIDS são as representações de morte, sofrimento, magreza, discriminação e rejeição que estão longe de desaparecerem do imaginário da sociedade. Frases como “Se você não se cuidar a AIDS vai te pegar!” Ainda ressoam atualmente, como afirma Teixeira (1997), “retirava toda a esperança das pessoas infectadas e pretendia estimular atitudes seguras, entre os não infectados, utilizando a ameaça: a AIDS mata”.

Dar conta desta fragilidade é trabalho comum nos serviços de saúde que acolhem os recém diagnosticados.

Pensar o entendimento das mães e gestantes com HIV que aceitaram participar do estudo NISDI, pode dar uma dimensão da fragilidade, maior ou menor, decorrentes de situações singulares destas pacientes como a gravidez, filhos infectados ou não.

Segundo a psicanálise, a maior castração, passada a infância, é a constatação do sujeito de sua finitude.

Podemos, sem risco de nos enganarmos, designar o temor da morte como ocorrência das mais gerais da condição humana(...). Castração vale por morte, como sanção dirigida ao desejo obstinado de gozar o prazer, afastando tudo que se opõe a ele. (Green,1994)

A angústia de castração é decorrente do medo de ser separada de algo muito valioso para o sujeito, esta realidade fica adormecida por mecanismos de defesa que são abalados quando do confronto deste com a possibilidade de morte iminente.

“A mera luta de impulsos conflitantes é suficiente para pôr em movimento mecanismos de defesa” (FREUD, A. 1983).

As defesas contra as angústias podem ter sua origem em dispositivos externos, como não necessariamente no mundo psíquico interno. Quanto maior a importância do mundo exterior, como fonte de prazer e interesses, maiores oportunidades de experimentação da dor. Os mecanismos defensivos que podem ser identificados com maior intensidade nesta pesquisa são a negação e a regressão.

A negação é utilizada frequentemente em resposta aos conflitos oriundos de estímulos externos que se tornando internos, são extremamente perturbadores. Podem não ser aceitos ou parcialmente aceitos apenas, ampliando por vezes uma realidade muito estreita. É a recusa, total ou parcial, da realidade.

A regressão surge quando o sujeito perde seu controle sobre situações que exijam maturidade ou exigências maiores do que julga ser capaz psiquicamente de assumir. O comportamento regride a níveis de desenvolvimento anteriores, voltando a fases mais infantis onde não necessitavam ter responsabilidade e provavelmente sentiam-se mais confortáveis.

A primeira condição para que possamos assegurar um compromisso com o que se espera da realidade deverá ser aquele capaz de agirmos e refletirmos sobre tudo aquilo que nos cerca. Isso pressupõe que “os instrumentos científicos tem de ser compreendidos como sendo socialmente construídos, permanecendo sociais até o fim.” (ALVES, 2003)

Para Alves,

Já que a ciência não pode encontrar sua legitimação ao lado do conhecimento, talvez ela pudesse fazer a experiência de tentar encontrar seu sentido ao lado da bondade. Ela poderia, por um pouco, abandonar a obsessão com a verdade e se perguntar sobre seu impacto sobre a vida das pessoas: a preservação da natureza, a saúde dos pobres, a produção de alimentos, o desarmamento dos dragões (sem duvida, os mais avançados em ciência!), a liberdade, enfim, essa coisa indefinível que se chama felicidade. A bondade não necessita de legitimações epistemológicas. (ALVES, 2003)

E continua Alves: “Com Brecht poderíamos afirmar: Eu sustento que a única finalidade da ciência está em aliviar a miséria da existência humana”. (ALVES, 2003)

¹ A negação é a tentativa de não aceitar na consciência algum fato que perturba o ego, nega-se sensações dolorosas como recusa da realidade.

² A regressão é um mecanismo de defesa bastante primitivo, é o retorno do sujeito a um nível de desenvolvimento anterior ou a um modo de expressão mais simples e mais infantil.

BASE METODOLÓGICA

Optamos em trabalhar com a pesquisa de natureza qualitativa porque entendemos que a mesma se constitui numa orientação metodológica para desenvolvimento dessa temática, que no racionalismo aplicado entre a razão e o real as sucessivas aproximações tornam a investigação mais objetiva.

Por considerarmos também, que os fenômenos aqui estudados são ricos, complexos, reais e de natureza social.

Por entendermos ainda, que na pesquisa qualitativa, o pesquisador deve procurar entender os fenômenos, segundo a perspectiva dos participantes estudados, para, a partir daí poder situar sua interpretação da realidade imersa no contexto.

“Em pesquisa qualitativa, as grandes massas de dados são quebradas em unidade e, em seguida reagrupadas em categorias que se relacionam entre si de forma a ressaltar padrões, temas, conceitos”. (Bradley, 1993)

Portanto, a abordagem qualitativa aqui empregada foi para uma melhor compreensão desses fenômenos e pelo grau de complexidades internas, encontrada nas respostas das pacientes que participaram do estudo NISDI, objetivando a construção da realidade, trabalhando com o universo de crenças, valores e significados.

A escolha pelo uso da entrevista como instrumento utilizado para coleta de dados foi devido à liberdade de expressão que ela deve proporcionar ao pesquisado.

Segundo Minayo

“O que torna a entrevista instrumento privilegiado de coleta de informações é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas”. (MINAYO, 2003)

Esta pesquisa foi realizada no ano de 2007 e somente avaliou participantes do estudo NISDI do sítio do Hospital Fêmina, pertencente ao Grupo Hospitalar Conceição, na cidade de Porto Alegre, estado do Rio Grande do Sul - Brasil.

As participantes desta pesquisa foram selecionadas por meio de sorteio aleatório, entre as que concluíram o estudo NISDI e o grupo foi dividido, para efeito de análise, de acordo com a escolaridade.

Optou-se, por não fazer distinção conforme a renda, tendo em vista que a grande maioria das pacientes pertence a faixa de renda mais pobre da população.

Das 262 mulheres que participaram do estudo NISDI, foram entrevistadas 130 em duas variáveis (condição de gestante e de mãe). A desagregação dessas duas variáveis teve o objetivo de verificar as diferentes percepções sobre os objetivos do estudo NISDI, que foram divididas da seguinte forma:

a) mães com **filhos não infectados** pelo HIV.

b) mães **com filhos infectados** pelo vírus do HIV.

c) gestantes que **descobriram o vírus na gestação em que foram incluídas no estudo NISDI**.

d) gestantes que **descobriram o vírus em gestação anterior**.

Os dados e informações foram tabulados de acordo com as variáveis acima definidas.

Optamos também, em utilizar a análise de conteúdo, pois esse método permite ao investigador o estudo do não dito ou dito entre linhas.

Pois segundo Moraes, “Através de descrição sistemática, ela ajuda o pesquisador a reinterpretar as mensagens e atingir uma compreensão mais aprofundada destas”. (Moraes, 1999)

A análise de conteúdo foi utilizada por nos permitir estudar o material qualitativo, na busca de uma melhor compreensão dos resultados, além de nos permitir também analisar a condição humana, de cada grupo estudado, que induziram ou produziram as respostas.

A análise de conteúdo percorre a fina linha que oscila entre o rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade e absolve o investigador desta atração pelo escondido, pela dedução, a inferência, o não aparente, aquilo que está contido, reprimido nas respostas.

A modalidade de interpretação destes dados apoiou-se em orientações sociais, psicológicas e filosóficas.

RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

O tema aqui proposto envolve algumas questões que em um primeiro momento podem parecer questões objetivas – em relação ao objetivo desta pesquisa que é medir o entendimento das pacientes que participaram do estudo NISDI, porém estas informações são carregadas de significados.

Estamos diante do desafio de analisar fenômenos qualitativos que exigem estratégias metodológicas próprias. Porém a análise dos dados qualitativos organiza essa reflexão, com base no referencial teórico e metodologia aplicada a esta pesquisa.

Procuramos comprovar o objetivo da pesquisa com as seguintes questões:

Questão 1. Você sente-se mais segura de que seu bebê estará mais protegido participando de estudos?

Do total de pacientes entrevistadas 96,3% responderam sim, 3% responderam não e 0,7 responderam não sei.

Questão 2. Participando de estudos você acha que estará mais esclarecida sobre os resultados dos exames de seu bebê?

Das 130 pacientes entrevistadas 99,3% responderam sim e 0,7% responderam não.

Questão 3. Você aceitaria participar de novos protocolos de estudos?

Do total de pacientes entrevistadas 99,3% responderam sim e 0,7% responderam não.

As questões 1, 2, e 3, estão intimamente ligadas pois referem-se a segurança, esclarecimento e o desejo de continuar participando de novos estudos clínicos. E quando perguntado por que aceitariam participar de novos protocolos, ficou implícito nas respostas destas pacientes o quanto é importante à segurança, o acompanhamento de seus filhos e o acesso às informações sobre novas descobertas em relação ao HIV.

Na questão 4. (escolhas múltiplas) Porque você aceitou participar do estudo NISDI?

Das 130 pacientes entrevistadas, as respostas foram as seguintes:

- (73) 56,15% porque confiam na equipe;
- (48) 36,92% porque garante o atendimento;
- (111)85,38% para acompanhamento do bebê;
- (103)79,23% para a descoberta da cura;
- (70) 53,85% para a descoberta de novos medicamentos.
- (Fig. 1)

Do grupo a: avaliado com 73 mães com filhos não infectados pelo vírus do HIV, as respostas foram da seguinte forma:

- (47) 64,4% porque confiam na equipe;
- (31) 42,5% porque garante o atendimento;
- (72) 98,6% para o acompanhamento do bebê;
- (11) 75% para a descoberta da cura;
- (43) 58,9% para a descoberta de novos medicamentos.

• (Fig. 2)

Do grupo b: avaliado com 14 mães com filhos infectados pelo vírus do HIV, as respostas foram:

- (6) 42,8% porque confiam na equipe;
- (3) 21,4% porque garante o atendimento;
- (9) 64,3% porque é importante para o acompanhamento do bebê;
- (11) 78,6% para a descoberta da cura;
- (5) 35,7% para a descoberta de novos medicamentos.

• (Fig. 3)

Do grupo c, avaliado com 43 gestantes, responderam:

- (20) 46,5 % porque confiam na equipe;
- (14) 32,5% porque garante o atendimento;
- (30) 70% para o acompanhamento do bebê;
- (37) 86,1% para a descoberta da cura;
- (22) 51,27% para a descoberta de novos medicamentos.

• (Fig. 4)

A partir destes resultados já é possível identificar as diferentes realidades enfrentadas por essas mulheres na condição de mães com filhos infectados pelo vírus do HIV e condição de gestantes soropositivas, passando a se expressar de forma sutil e reveladora quando negam a realidade respondendo que participaram do estudo NISDI para “descobrir a cura”, “esperança de cura”, “a cura da gente”, “para a cura”, “espero a cura” e “ter a cura mais rápida”.

Questão 5. (dupla escolha) O que a equipe fez para proteger sua privacidade durante o estudo NISDI?

Do grupo a: com 73 mães com filhos não infectados pelo vírus do HIV, as respostas foram:

- 100% todas as informações foram mantidas em confidência;
- 47,9% também as visitas foram conduzidas em privacidade.

Do grupo b: com 14 mães com filhos infectados pelo vírus do HIV as pacientes responderam:

- 100% todas as informações foram mantidas em confidência;
- 35,7% as visitas foram conduzidas em privacidade.

Do grupo c com 43 gestantes entrevistadas;

- 100% todas as informações foram mantidas em confidência;
- 44,2% as visitas foram conduzidas em privacidade.

Com o resultado de 100% como resposta das pacientes de que tiveram a garantia da equipe de manter todas as informações em sigilo. Isso reforça a confiança dos pacientes com os profissionais que integram a equipe de estudos.

Esta questão também esta ligada a questão de nº 4, onde das 130 pacientes, em uma questão de múltiplas escolhas, apareceu que 56,15% confiam na equipe.

Sanches já dizia:

O paciente procura num profissional de saúde é a esperança e o reconhecimento de que existe nele um sujeito, uma força de vida. Uma possibilidade de se fortalecer para enfrentar os ataques que virão, de dentro e de fora. Procura alguém que não se contamine a ponto de ficar paralisado. Que não o veja como portador do mal. Alguém que o respeite e ouça, para também ser ouvido. (SANCHES, 1997)

O desafio, para os profissionais que lidam com o problema em questão, é encontrar a medida adequada de proximidade da dor do outro, ou seja, o equilíbrio para compreender a angústia sem se deixar inundar por ela.

Questão 6. Você acredita que estando incluída em pesquisa científica será beneficiada com a descoberta da cura do HIV/AIDS?

Do total de pacientes entrevistadas, (125) 96,1% responderam sim e 3,9% responderam que não. (Fig. 5 e Fig. 6)

O resultado desta questão deixa claras a esperança e expectativa das pacientes entrevistadas, onde 96,1% responderam que acreditam que estando incluídas em pesquisa científica poderão ser beneficiadas com a descoberta da cura do AIDS.

Esta questão também esta ligada à questão de nº 4 onde 79,23% das pacientes responderam, em uma questão de múltiplas escolhas, que aceitaram participar do estudo NISDI para a descoberta da cura.

Questão 7. Se você decidisse não participar desse estudo, você poderia continuar vindo ao Hospital-Dia de Infectologia do Hospital Fêmeina para cuidados médicos seu e de seu bebê?

Das 130 pacientes entrevistadas, 93,8% responderam sim, 5,5% responderam não e 0,7% responderam não sei.

Questão 8. Se você decidisse sair do estudo NISDI, a qualquer momento, o atendimento seu e de seu bebê continuaria o mesmo?

Do total de pacientes entrevistadas, 87,2% responderam sim, 11,4% responderam não e 1,4% responderam não sei.

Os resultados das questões de nº 7 e nº 8 apontam, que as pacientes entenderam com clareza que a participação no estudo NISDI não tem qualquer vínculo com o tratamento médico prestado pelo Hospital-Dia de Infectologia do Hospital Fêmeina.

Na questão 9. Procuramos contemplar claramente o objetivo desta pesquisa que é medir o entendimento das pacientes que participaram do estudo NISDI, com a seguinte pergunta: No seu entendimento qual era o objetivo do estudo NISDI?

Das 130 pacientes entrevistadas, 82 (63,1%) entenderam, 44 (33,8%) não entenderam e 4 (3,1%) foram classificadas como respostas indefinidas. (Fig. 7)

Fazendo um desdobramento na tentativa de compreender as diferentes percepções, a pesquisa apontou que das 73 pacientes que pertenciam ao grupo a: mães com filhos não infectados pelo HIV, 63 (86,3%) entenderam, 6 (8,2%) não entenderam e 4 (5,5%) foram classificadas como respostas indefinidas. (Fig. 8)

Mães com filhos não infectados entendem, em sua maioria (86,3%), a proposta do estudo NISDI, mostrando possivelmente com estas respostas, uma melhor elaboração da doença e suas consequências, diminuindo, ou mesmo isentando a mãe, de alguma culpa inconsciente ou consciente.

Das 14 pacientes entrevistadas pertencentes ao grupo b: mães com filhos infectados pelo vírus do HIV, 3 (21,4%) entenderam e 11 (78,6%) não entenderam. (Fig. 9)

Consideramos que mães com filhos infectados podem carregar culpas conscientes ou inconscientes por terem passado uma sentença de morte possivelmente prematura para seus filhos. A cura da doença poderia aliviar uma constatação dolorosa. Nas respostas da entrevista a negação (78,6%) se torna presente quando as respostas da maioria tendem a mostrar que o estudo NISDI foi feito para a “cura da AIDS” (72,7%), quando em nenhum momento da aplicação do TCLE, pelos profissionais da equipe de estudo, estas palavras foram citadas.

Nietzsche (2007) ao falar sobre verdades e mentiras do ser humano diz: “Vivemos e pensamos sob indistigáveis efeitos do ilógico, na ignorância e no falso saber. De onde vem, no inteiro universo, o pathos da verdade? Ele não aspira à verdade, mas à crença, à confiança em algo.”

A negação aparece quando a realidade torna-se insuportável e encontra-se muitas vezes presente em lembranças errôneas, como no caso destas entrevistas. “Deixar atrás de si algo que nunca se deveria ter querido, algo a que está matando o nó do destino da humanidade – e tê-lo doravante sobre si!... Quase que esmaga...” (Nietzsche, 1995).

Estas mães podem ainda carregar culpas morais “cristãs”, podendo assim associar a doença com a devassidão ou sexo com morte. Perturbam-se com o futuro e sofrem intensamente por problemas que ainda não aconteceram. Quando se deparam com o diagnóstico de seus filhos, não conseguem suportar. Querem respostas, querem acordar do que parece um pesadelo.

Arendt analisando a Vontade Nietzscheana diz:

Com a eliminação de causa e efeito, já não faz nenhum sentido a estrutura retilínea do Tempo cujo passado é sempre entendido como a causa do presente, cujo presente é o tempo da intenção e preparação dos nossos projetos de futuro, e cujo futuro é o resultado de ambos ...a antevisão de um passado do futuro, que reafirma o Passado como o tempo dominante do Tempo. A única redenção deste Passado que tudo devora é o pensamento que tudo o que passa retorna, isto é, uma construção cíclica do tempo que faz com que o Ser gire em torno de si próprio. (Arendt, 1978)

Do total de gestantes(43) entrevistadas, 16 (37,2%) entenderam e 27 (62,8%) não entenderam. (Fig. 10)

Das 27 gestantes que não entenderam, 15 (55,6%), pertencem ao grupo c: gestantes que descobriram o vírus na gestação em que foram incluídas no estudo NISDI. (Gráfico 11)

Quando o diagnóstico é na gestação em que foram incluídas no estudo NISDI, sensações de impotência e culpa, podem permear o inconsciente destas futuras mães, aumentando a utilização de mecanismos de defesa, a negação está novamente presente, mas adicionada dos mecanismos de regressão, que quase sempre estão presentes nesta fase.

As outras 12 (44,4%) gestantes que não entenderam, pertencem ao grupo d: gestantes que descobriram o vírus em gestação anterior, dessas 12 pacientes: 5, ou seja (41,7%) perderam seus bebês na gestação anterior. (Fig. 12)

As gestantes pertencentes ao grupo d, que descobriram o diagnóstico em gestação anterior (50,0%) entenderam, o que faz pensar que, parecem terem se familiarizado com a convivência com o vírus, aliviando as tensões iniciais. Das 50% que não entenderam a proposta, 41,7% perderam seus bebês na gestação anterior, fazendo desta gestação a primeira, aumentando a chance da utilização dos mecanismos de defesa.

As gestantes em sua maioria (62,8%) não entenderam o objetivo do estudo NISDI e também utilizaram a “Cura da AIDS” (37%) como resposta, reforçando a hipótese de negação da realidade como adequação às suas angústias.

Na gestação é muito comum a regressão a estágios anteriores de desenvolvimento da personalidade. As futuras mães ao se depararem com a ideia de uma maturidade pressuposta, responsabilidade, compromisso e dificuldades, muitas vezes de ordem sócio-econômicas e/ou da sensação de desamparo pelos familiares, são confrontadas com situações ansiogênicas geradoras de prováveis angústias. Pode ser, principalmente para as primigestas, um confronto com o desconhecido. Além de todas as angústias iniciais, a gravidez é a representação de uma nova vida e esta mãe, que se descobre portadora do vírus do HIV, ainda abalada com o diagnóstico, pode sentir-se uma doadora de morte.

A pesquisa também apontou que a escolaridade dessas pacientes não seria um fator relevante para entendimento do objetivo do estudo NISDI, já que a média escolar das pacientes que entenderam é de 8,3 anos/aula e das que não entenderam é de 7,4 anos/aula, apresentando uma diferença de apenas 9 meses/aula.

Parece, que essas mulheres têm pressa e seguem driblando a vida sofrendo sob o peso da culpa e do medo e sem conseguir encarar os fantasmas que permeiam sua existência, percorrem uma caminhada comum, onde “desviam o olhar” negando a realidade como tentativa de esquecer o inevitável: a morte sempre a deriva.

Para Nietzsche (2007), “A sentença deve ser declarada: vivemos somente através de ilusões, sendo que nossa consciência dedilha a superfície. Há muita coisa que se esconde diante de nosso olhar”.

Num sentido semelhante limitado essas mulheres querem somente as consequências agradáveis da verdade ficando indiferentes frente ao infortúnio.

Nietzsche ao fazer uma análise do ser humano diz que:

Ele é talhado em madeira dura, delicada e cheirosa ao mesmo tempo. Só encontra sabor no que lhe é salutar; seu agrado, seu prazer cessa, onde a medida do salutar é ultrapassada. Inventa meios de cura para injúrias, utiliza acasos ruins em seu proveito; o que não o mata o fortalece. (NIETZSCHE, 1995)

Para Arendt, Nietzsche,

Detectou na consciência da luta um tipo de artimanha do <EU> que permite que este escape ao conflito através da identificação de si próprio com a parte que manda não prestar atenção, por assim dizer, aos sentimentos desagradáveis e paralisantes de ser coagido e consequentemente estar sempre à beira de resistir. (NIETZSCHE, 2007)

Nietzsche (1995) refere que “estar doente é em si uma forma de ressentimento”. Para ele o ressentimento nega ao invés de aceitar, pois ao negar a realidade o ser humano se desvia, se remete a uma perspectiva interior de sua alma.

Com isso justificamos a afirmação de Nietzsche de que o ressentimento é a reação inconformada do caráter trágico que a realidade possui e isso se torna grande demais para se perdoar.

FIGURAS

Fig. 1 - Porque você aceitou participar do estudo NISDI?

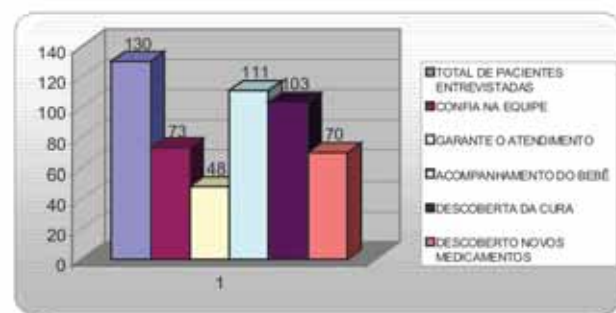


Fig. 2 - Grupo a – Mães com filhos não infectados pelo HIV

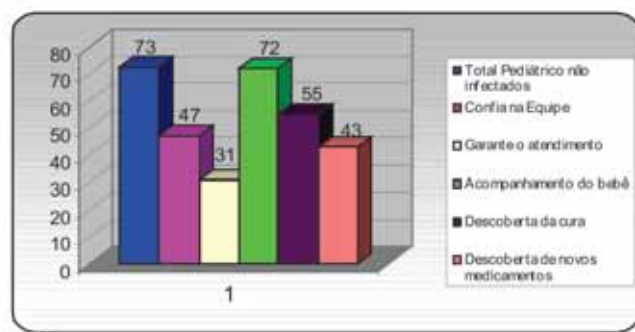


Fig. 3 - Grupo b – Mães com filhos infectados pelo HIV

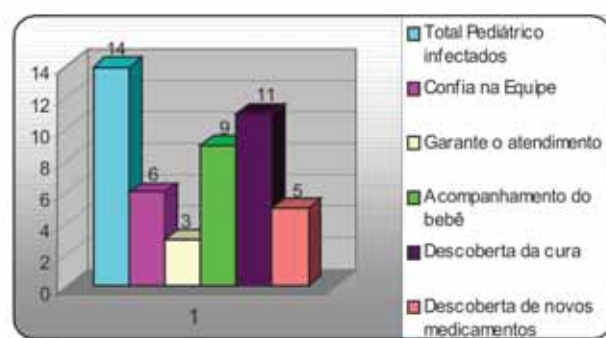


Fig. 4 - Grupo c – Total de gestantes

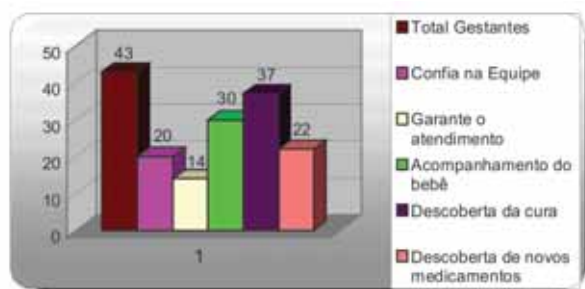
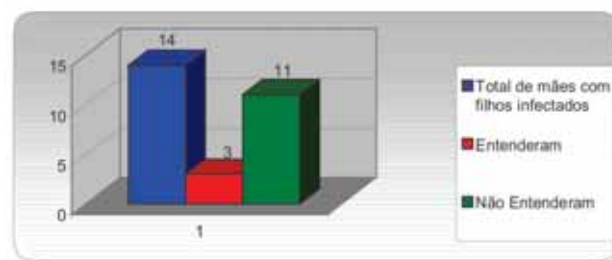


Fig. 9 - Grupo b – Mães com filhos infectados pelo HIV



- Total de pacientes - Você acredita que estando incluída em pesquisa científica será beneficiada com a descoberta da cura do HIV/AIDS?

Fig. 5 - Resposta: Sim

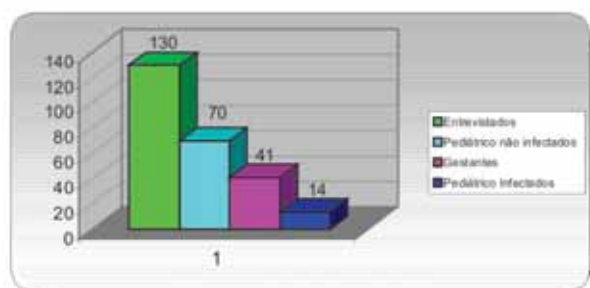


Fig. 10 - Grupo c – Total de gestantes

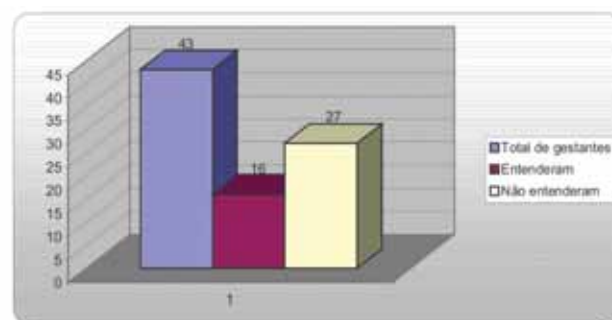


Fig. 6 - Resposta: Não

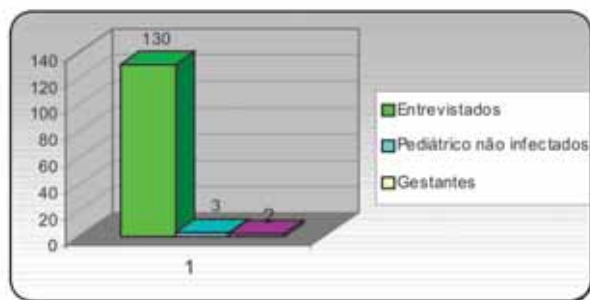


Fig. 11 - Grupo C

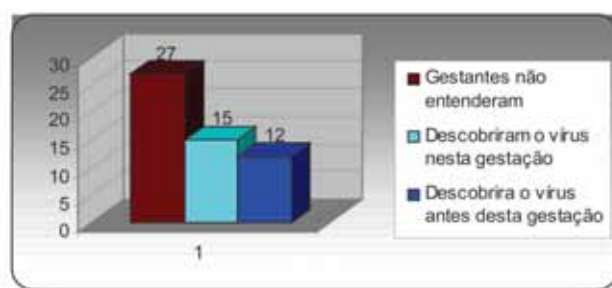


Fig. 7 - Total de pacientes entrevistadas - No seu entendimento qual era o objetivo do estudo NISDI?

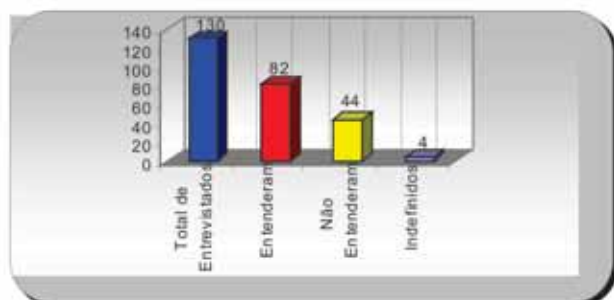


Fig. 8 - Grupo a – Mães com filhos não infectados pelo HIV

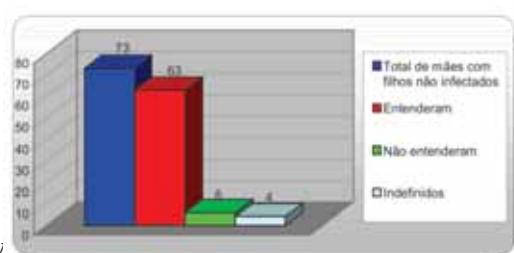


Fig. V

Fig. 12 - Grupo d – Total de gestantes



CONCLUSÕES

Este trabalho nos permitiu visualizar as diferentes percepções decorrentes da condição humana em cada grupo avaliado, no que se refere à compreensão do objetivo do estudo NISDI, do qual concordaram em participar, bem como a participação de seus filhos.

Esta pesquisa revelou informações que respondem ao questionamento no qual a pesquisa foi inspirada: “O que as pacientes entenderam da sua participação no estudo NISDI?”.

O estudo qualitativo permitiu revelar informações que contemplam claramente as hipóteses desta pesquisa: “As pacientes aceitaram participar do estudo NISDI, porque entenderam seu objetivo”.

As mães com filhos não infectados pelo vírus do HIV, em sua maioria (86,3%), entenderam adequadamente o estudo NISDI.

Porém não podemos refutar a idéia das outras hipóteses: “Ao serem incluídas no estudo NISDI as pacientes esperavam participar de uma experiência que poderia ajudar a encontrar a cura para HIV/AIDS”;. Nas mães com filhos infectados pelo vírus do HIV alguma negação da realidade aparece quando as respostas da maioria (78,6%) sugerem que o estudo NISDI foi desenvolvido para a descoberta da “cura da AIDS” (72,7%), embora em nenhum momento da aplicação do TCLE pelos profissionais estas palavras foram citadas.

62,8% das gestantes soropositivas não entenderam o estudo e 37% referiram-se à “Cura da AIDS” como resposta.

Quando o diagnóstico de HIV ocorreu na gestação de inclusão no NISDI, a negação está novamente presente (78,9%).

Nas gestantes que descobriram o diagnóstico do HIV antes da gestação de inclusão no NISDI 50% entenderam. Das 50% que não entenderam a proposta, 41,7% perderam seus bebês na gestação anterior.

Na última hipótese: “As pacientes aceitaram participar do estudo NISDI na expectativa de que, assim agindo, conseguiriam garantir tratamento e acompanhamento para si e para seus bebês”. Aparece em uma questão de múltiplas escolhas que 73,8% aceitaram participar do estudo NISDI para a garantia do atendimento, apesar de ter aparecido, também, 93,8% que acreditavam que mesmo que elas decidissem não participar do estudo NISDI, elas poderiam continuar vindo ao Hospital-Dia de Infectologia do Hospital Fêmina para cuidados médicos seu e de seu bebê.

Os resultados apontaram um quadro de fragilização das pacientes, revelando a magnitude do problema em questão: Como as mães com filhos infectados, que negam aquilo que esta sendo contemplado, uma atitude daquelas que se inconformam ante à realidade, causando a impressão de que a impossibilidade pode ser vencida.

Essa mesma atitude é reforçada com aquelas pacientes que descobrem o vírus do HIV na gestação em que foram incluídas no estudo NISDI, e, ou, tem seu primeiro filho vivo após o diagnóstico soropositivo, que passam a ter o desejo de corrigir a vida frente à sensação de culpa que elas mesmas se impõem.

Os achados desta pesquisa mostram que não há apenas uma maneira de raciocínio capaz de dar conta dessa complexidade, porém todos estes fatos constituem argumento para promover o interesse de outros profissionais da saúde que trabalham com estudos clínicos envolvendo seres humanos, no sentido de encontrar medidas eficientes na aplicação do TCLE para pacientes que se encontram com dificuldades de contornar seus conflitos, de enfrentar suas fragilidades, sofrendo a cada dia a busca pela cura, que não são exclusivas de pessoas com HIV/AIDS, mas de todo e qualquer ser humano.

O pleno entendimento dos objetivos, da importância, vantagens e desvantagens de um estudo clínico são universalmente aceitos como um direito inalienável do cidadão e deve servir de base segura para sua decisão consciente e livre em participar ou não como sujeito de pesquisa. O TCLE foi criado especificamente para assegurar estas liberdade e equidade e não para isentar os pesquisadores de responsabilidades. Sua aplicação, por profissional treinado, deve sempre obedecer a preceitos éticos e legais.

Os resultados da presente pesquisa sugerem que os TCLEs (bem como as metodologias empregadas a sua aplicação) além de adaptarem-se à língua e cultura locais e ao nível de instrução dos pos-

síveis participantes, necessitam uma adaptação às vulnerabilidades específicas de cada população, ou sub-população, a ser estudada. No mesmo sentido, uma ou mais avaliações “pós-consentimento” com cada participante, poderia corrigir distorções no entendimento e, assim, assegurar-se à liberdade da decisão do sujeito de pesquisa quanto a sua participação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Estudo Pediátrico e Perinatal Internacional do NISDI – Observação de Crianças Expostas ao HIV e Infectadas pelo HIV e de mulheres grávidas contaminadas pelo HIV de Países da América Latina e do Caribe – Versão 4.0 – 2 de julho de 2002.
2. KERN, Francisco Arseli – Redes de Apoio no Contexto da AIDS: um retorno para a vida. – Porto Alegre; EDIPUCRS, 2004.
3. MINAYO, Cecília de Souza – Pesquisa Social – Teorias, método e criatividade – Editora Vozes, 22ª edição – Petrópolis, RJ; 2003.
4. MARTINELLI, Maria Lucia. (Org). O uso de abordagem qualitativas na pesquisa em Serviço social. Cadernos NEPI. São Paulo: PUCSP, 1994.
5. Teixeira, P. R. 1997 ‘Políticas públicas em Aids’. Em R. Parker, Políticas, instituições e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro, ABIA/Jorge Zahar Editor.
6. GREEN, André. O complexo de castração. Rio de Janeiro: Imago, 1991. 114 p. (Psicologia psicanalítica) ISBN 85-312-0148-9
7. FREUD, Anna. O ego e os mecanismos de defesa. 7. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1983. 149 p. (Corpo e espírito;6)
8. ALVES, Rubem – Filosofia da Ciência – Introdução ao Jogo e suas Regras – edições Loiola, 6 edição – São Paulo: 2003
9. BRADLEY, Jana – Methodological issues and practices in qualitative research. Libray Quaterly, v. 63, n 4 - 1993
10. MORAES, Roque – Análise de Conteúdo. Revista Educação. Porto Alegre, 1999.
11. SANCHES, Renate Meyer – Escolhi a Vida – Desafio da AIDS Mental – Editora Olho d Água – São Paulo, 1997.
12. NIETZSCH, Friedrich – Sobre Verdade e Mentira; organização e tradução Fernando de Moraes Barros – São Paulo, 2007.
13. NIETZSCH, Friedrich – Ecce Homo: como alguém se torna o que é; tradução, notas e posfácio Paulo César de Souza – São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
14. ARENDT, Hannah – A Vida do Espírito: volume II – Querer; tradução João C. S. Duarte – Instituto Piaget – Lisboa, 1978.

Local onde foi realizada a pesquisa

Hospital Fêmina – Hospital-dia de Infectologia – Grupo Hospitalar Conceição – Porto Alegre – RS – Brasil

Endereço para Correspondência

Joana Darc Paz Teixeira Jobim – rua Anita Garibaldi, 2381, aptº 216 – Bairro Boa Vista – Porto Alegre – RS – Fone (51) 99120616

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO DESMAME DA VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

The role of nursing in weaning from invasive mechanical ventilation: a bibliographic review

Christian Negeliskii* Letícia Rigo**

RESUMO

A situação das produções científicas na área de enfermagem, em relação ao desmame ventilatório no Brasil, tem se mostrado insuficientes frente aos avanços da profissão. O conhecimento do assunto, ou mesmo interesse, mostra-se frágil, visto que as publicações realizadas por enfermeiros ainda são escassas, apesar da intensa atuação dessa categoria profissional nas unidades de terapia intensiva.

Evidencia-se a que produção de publicações geralmente é médica e de fisioterapia no que diz respeito ao desmame da ventilação mecânica.

A atuação da enfermagem torna-se importante frente ao paciente ventilado artificialmente, propiciando a este cuidados e vigilância permanentes. Por isso, deve-se buscar aprimoramento e maior conhecimento sobre a temática abordada neste estudo. Torna-se importante que a equipe de enfermagem se instrumentalize, apropriando-se de conhecimento científico para que possa manejar adequadamente o desmame da ventilação mecânica.

A efetividade do desmame da ventilação mecânica esta diretamente relacionado à capacidade técnica da equipe multidisciplinar, necessitando que a enfermagem otimize a utilização dos recursos tecnológicos e do conhecimento científico sobre o assunto. A necessidade de produção científica por profissionais enfermeiros sobre o desmame é necessária visto que a equipe de enfermagem atua constantemente neste processo, contribuindo para o sucesso do mesmo.

Descritores: desmame; ventilação mecânica

OBJETIVO

The situation of the scientific productions in the nursing area, in relation to weaning from ventilatory support in Brazil, has been insufficient in comparison to the advances of the profession. Knowledge and interest on such matter is weak, considering the low number of publications carried out by nurses, in spite of the intense acting these professionals have in intensive care units.

It is evident that most publications regarding weaning from mechanical ventilation are usually carried out by physicians and physiotherapists.

The role of nursing is important for mechanically ventilated patients, once they provide permanent care and surveillance to the latter. Therefore, seeking improvement and higher knowledge on the theme approached in this study is needed for such professionals. It is of great importance that the nursing team always expands its scientific knowledge so it can properly handle weaning from mechanical ventilation.

The effectiveness of weaning from mechanical ventilation is directly linked to the technical capacity of the multidisciplinary team, requiring optimization of the use of technological resources and scientific knowledge on the subject. The need for scientific publications on weaning by nursing professionals is great, given that the nursing team is constantly acting in such process, contributing for a successful performance.

Key words: weaning; mechanical ventilation

INTRODUÇÃO

A ventilação mecânica é necessária a muitos pacientes nas unidades de terapia intensiva no mundo todo. Os ventiladores mecânicos evoluíram juntamente com os modos de ventilação, conforme o conhecimento sobre o assunto foi se aprimorando. A partir da década de 1990, os ventiladores microprocessados permitiram que a monitorização da ventilação mecânica ficasse mais precisa e refinada¹.

Contudo a ventilação mecânica também pode se tornar um fator de risco para o paciente devido às complicações advindas do seu uso. Reconhecer o momento oportuno para o retorno à ventilação espontânea é essencial para reduzir custos e a morbi-mortalidade².

Muitos autores afirmam que cerca de 40% do tempo em que o paciente permanece no ventilador mecânico é destinado ao desmame,

o que muitas vezes é um processo exaustivo e prolongado. Minimizar o tempo de permanência do paciente em ventilação mecânica e utilizá-la da melhor forma reduz os efeitos adversos e complicações, como diminuição do débito cardíaco, barotrauma e volutrauma².

Assim, tem-se por desmame da ventilação mecânica o momento em que o paciente com condições de respirar espontaneamente é retirado da ventilação mecânica, progressivamente ou não, e posteriormente, procedendo-se com a retirada da prótese respiratória¹.

Para que se inicie o processo de desmame, é necessário que algumas condições estejam adequadas; assim que atingidas, o processo deve ser iniciado. Adequada ventilação/perfusão, controle de eletrólitos, padrão ventilatório, nutrição, entre outros fatores, devem ser amplamente avaliados para que o processo de desmame tenha início.

Alguns pacientes podem ter um processo de desmame difícil, falhando inúmeras vezes às tentativas de retirada do ventilador mecânico, necessitando de muitos recursos por um tempo prolongado. O enfermeiro - figura presente 24 horas ao lado do paciente - é responsável por avaliar e programar ações para que o paciente ventilado artificialmente sofra o menor número de complicações relacionadas ao método, recon-

*Professor do Curso de Enfermagem da Universidade Feevale, Mestre em Enfermagem, Especialista em Terapia Intensiva Adulto, Enfermeiro Responsável Técnico do Hospital Nossa Senhora da Conceição.

**Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Feevale.

hecendo parâmetros de ventilação, de mecânica respiratória além de sinais clínicos, e monitorizando o indivíduo constantemente.

OBJETIVO

O objetivo do estudo foi destacar as principais evidências a respeito, bem como a atuação do enfermeiro e de sua equipe no desmame da ventilação mecânica invasiva.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão bibliográfica tendo como fonte de pesquisa a base de dados virtual LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), que é uma importante referência em publicações científicas na área da saúde, presente em 36 países. Para esta pesquisa, respeitou-se a Lei nº 9610, de 19 de fevereiro de 1998, que consolida a legislação sobre os direitos autorais no Brasil (BRASIL, 1998). que consolida a legislação sobre os direitos autorais no Brasil (BRASIL, 1998).

Utilizaram-se os seguintes descritores: desmame e ventilação mecânica.

A pesquisa resultou em 31 artigos que, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, constituiu uma amostra de 21 artigos. Como critérios de inclusão foram selecionados todos os artigos de ano igual ou superior a 2005 até o ano de 2010, publicados em língua portuguesa e que envolviam adultos. Os critérios de exclusão foram todos os artigos com ano inferior ao ano de 2005, estudos pediátricos e neonatais, publicações em língua estrangeira e estudos de caso. Após a seleção da amostra, procedeu-se com a leitura das publicações e posteriormente, os dados foram organizados em fichas de leitura, expondo os principais dados referentes às publicações como título, ano da publicação, periódico da publicação, principais evidências, resultados e autores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos artigos selecionados foi criado um quadro (anexo1) que descreve o título, ano, fonte, metodologia e autores.

Dos 21 artigos, 66,6% foram publicados na Revista de Terapia Intensiva e 9,52%, no Jornal Brasileiro de Pneumologia. O restante (23,8%) foi publicado na Revista Brasileira de Fisioterapia, na Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular, na Fisioterapia em Movimento, na Revista Brasileira de Anestesiologia e nos Arquivos Brasileiros de Cardiologia.

Quanto à quantidade de publicações por ano, os anos de 2006 e 2007 concentram a maior parte das publicações, totalizando 66,5%, conforme se apresenta na tabela abaixo.

Quadro I - Publicações de artigos científicos entre os anos de 2005 e 2010, referentes a desmame, ventilação e enfermagem.

Ano	Quantidade	%
2005	1	04,80
2006	6	28,50
2007	8	38,00
2008	2	09,60
2009	1	04,80
2010	3	14,30
Total	21	100,00

Fonte: Rigo, L. (2011)

Entre os profissionais que mais publicaram, destacam-se os fisioterapeutas e os médicos. Dos 87 profissionais citados como autores dos artigos, 75% (64 profissionais) são médicos ou fisioterapeutas; 21

profissionais (24,2%) são designados professores ou coordenadores, sem especificar qual sua área de atuação. O profissional enfermeiro não é citado como autor de nenhum artigo.

Em relação às metodologias, 38% dos estudos foram experimentais, 33,4% descritivos, 19% observacionais, restando um caso controle e uma revisão integrativa da literatura (9,6%).

O processo de desmame

Para o desenvolvimento desta categoria foram utilizados artigos que abordam o desmame da ventilação mecânica em seus mais variados aspectos como o perfil dos pacientes, complicações do método, parâmetros utilizados, uso de protocolos e outros fatores relevantes para este processo. Os artigos de nº 02, 03, 04, 07, 09, 11, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 e 21 compõem as publicações discutidas nesta categoria.

A ventilação mecânica é a modalidade de suporte à vida mais utilizada na insuficiência respiratória. Assim que resolvida a insuficiência ventilatória, a ventilação mecânica pode ser interrompida, segundo os artigos nº 16 e 21.

O desmame da ventilação mecânica invasiva depende de vários fatores que, integrados, apresentam um condição favorável para que ele seja realizado, mesmo sem garantias de sucesso. O êxito do desmame se caracteriza pela manutenção da autonomia respiratória espontânea por, no mínimo, 48 horas após a interrupção da ventilação³.

No artigo nº 16 os autores enfatizam que o desmame é um processo cujo início jamais deve ser adiado, tendo em vista as complicações associadas à ventilação mecânica e os custos relacionados com o processo, concordando com o que os autores do artigo nº 18 colocam.

Considera-se como momento adequado colocar o paciente em processo de desmame a obtenção ou verificação da estabilidade de parâmetros relacionados à função pulmonar que denotem um desempenho pulmonar mínimo para manter o paciente fora da assistência mecânica. Também existem parâmetros gerais, que refletem a resolução das causas que levaram o paciente a necessitar de suporte ventilatório: resolução da causa da falência respiratória, suspensão ou diminuição de drogas sedativas e bloqueadores neuromusculares, estado normal de consciência, ausência de sepse ou estado gerador de hipotermia, estabilidade hemodinâmica, correção de distúrbios metabólicos e eletrolíticos, boa gasometria e resultados estáveis de exames clínicos como boa ausculta e boa mecânica ventilatória. Além destes fatores, devem ser solucionados anemia, privação de dor e sangramentos⁴.

O artigo nº 14, em uma abordagem geral, apresenta vários fatores de influência para o desmame da ventilação, desde os termos mais utilizados, os modos ventilatórios, a utilização da sedação e dos índices preditores de sucesso, destacando o grau de evidência de cada item.

Os autores citam que o desmame é a “área de penumbra da terapia intensiva”⁶. Nesse estudo, há uma tendência ao favorecimento do uso de protocolos de desmame (Anexo A) para que se identifiquem os pacientes que poderão iniciar o processo, indo ao encontro dos estudos do artigo nº 10 e nº 17, enfatizando que a utilização destes protocolos tem diminuído o tempo de VM, a duração da internação, o custo total da internação e a mortalidade. No artigo nº 11, a palavra “estratégia” foi usada como um checklist para que a equipe multidisciplinar memorize todos os itens que envolvem o desmame da ventilação mecânica e que estes sejam visualizados a beira do leito.

Além do protocolo de desmame, os autores têm como grau de evidência “A” a interrupção da sedação via protocolos conduzidos por outros profissionais que não o médico, destacando os protocolos de analgesia e sedação conduzidos por enfermeiros, reduzindo o tempo de ventilação mecânica.

A sedação reduz o desconforto e a ansiedade, promovendo amnésia de eventos desagradáveis, aumentando a tolerância ao suporte ventilatório, além de facilitar os cuidados de enfermagem⁷.

O conhecimento do enfermeiro e de sua equipe a respeito dos sedativos e da necessidade de reduzi-los ou suspende-los é fundamental. Para tanto, é necessário que haja uma avaliação do paciente, principalmente quanto à necessidade de analgesia. A avaliação da dor é sempre indireta, por meio de autorrelato ou da observação do comportamento

doloroso do indivíduo. A avaliação deve ser feita em intervalos curtos e proceder com os ajustes terapêuticos, conforme a oscilação da dor⁸.

As escalas de RASS e Ramsay são instrumentos para que o enfermeiro avalie o grau de sedação e agitação, sendo que a de RASS compreende esses dois fatores. O enfermeiro deve intensificar a avaliação e a prevenção da trombose venosa profunda (TVP) e da úlcera de pressão, que tem seus riscos aumentados durante o uso de sedação, analgesia e bloqueio neuromuscular⁸.

O nível de consciência também é um fator relevante para o desmame, visto que pacientes com níveis baixos de consciência são incapacitados de proteger a via aérea. A diminuição do nível de consciência pode trazer alterações ventilatórias, necessitando o paciente de entubação orotraqueal e ventilação mecânica⁸. Para a correta avaliação do nível de consciência, o enfermeiro deve utilizar a escala de coma de Glasgow, considerado a mais adequada para pacientes que não estão sob o efeito de sedação.

Esta escala avalia respostas (motoras, verbais e abertura dos olhos) do paciente, que posteriormente são divididas em níveis. A melhor resposta para cada nível recebe uma pontuação. A soma dos três números indica a gravidade do coma, sendo 3 a pontuação mais baixa (menor responsividade) e 15 a mais alta (maior responsividade)⁹. Para que a escala de Glasgow seja um bom indicador do estado de consciência, ela não deve ser aplicada a pacientes em estado de hipóxia ou hipotensão aguda, nem em pacientes sedados ou curarizados⁸.

O cuidado ao paciente que está acordando, mas ainda encontra-se sonolento por efeito da sedação residual, dificulta a progressão do desmame da ventilação mecânica. A equipe deve proceder com a orientação desse paciente, tentando tranquilizá-lo e obter a sua colaboração. Se necessária, a contenção mecânica deve ser instalada e supervisionada pelo enfermeiro, evitando lesões e dor nos membros contidos.

No artigo nº 03, também é relatado a importância de o paciente estar com sensório preservado para que a tosse seja efetiva, o que nos pacientes com patologias neurológicas geralmente está comprometido. Nesses casos, necessita-se do auxílio da enfermagem para a remoção das secreções.

Para o desmame da ventilação, também é necessário que o paciente apresente drive respiratório (estímulo neurológico para iniciar uma ventilação), que está relacionado diretamente ao controle do sistema nervoso central. Isso não está presente em algumas condições clínicas, fazendo com que o paciente não tenha controle da sua respiração, necessitando de ventilação mecânica invasiva para suprir suas necessidades de oxigenação. No estudo nº 20, assim como no nº 09, a presença de drive respiratório foi um dos fatores mais relevantes para o desmame da ventilação mecânica, pois os pacientes apresentaram menores valores nas medidas da pressão inspiratória máxima (PImax), um dos preditores de sucesso para o desmame.

Os autores do artigo nº 19 realizaram um estudo através da observação de 40 UTIs de todo o país, realizado por seus gestores, para analisar como a ventilação mecânica vem sendo utilizada nessa unidade hospitalar. A predominância no uso da ventilação mecânica foi do sexo masculino e de idosos.

Entre as patologias identificadas, 33% dos pacientes apresentaram pneumonia, que geralmente se desenvolve com o uso prolongado da ventilação mecânica. A equipe de enfermagem, como é uma das principais manipuladoras das vias aéreas, deve saber da importância de algumas ações que podem colaborar para o não surgimento de pneumonia.

A aspiração traqueal é um dos mais importantes cuidados, pois auxilia na remoção das secreções, mantendo as vias aéreas pervias, evitando estados de hipóxia e diminuindo o desconforto do paciente. A técnica de aspiração traqueal deve ser asséptica, na ordem traquéia-nariz-boca, evitando a contaminação das vias aéreas inferiores, e deve ser realizada sempre que houver necessidade, evitando o acúmulo de secreções. Acrescido a esse cuidado, o enfermeiro deve proceder com a ausculta pulmonar, avaliando a presença de roncós e outros ruídos adventícios. A ausculta deve ser realizada antes e após o procedimento de aspiração, comparando se o procedimento foi efetivo ou não. A aspiração traqueal não deve ser realizada em horários fixos, mas deve ser

precedidas pela avaliação da ausculta pulmonar, pela presença visível de secreção nas vias aéreas superiores, e observando o aspecto e cor da secreção⁸.

No artigo nº 03 é relatado a importância da tosse na eliminação das secreções das vias aéreas e da manobra chamada pico de fluxo da tosse (PFT), na qual se mede o fluxo expirado máximo durante a tosse do paciente. Os autores mostram no estudo que a efetividade da remoção de muco depende da magnitude do pico de fluxo gerado durante a tosse. Mais uma vez, nota-se a importância da enfermagem quanto aos cuidados com a aspiração e a ausculta do paciente, já que este, muitas vezes, não possui condições para a expectoração.

Outros fatores relacionados com a diminuição da tosse devem ser considerados, segundo o estudo: presença de doença pulmonar obstrutiva crônica (aumento da viscosidade da secreção brônquica), doença de Parkinson (alterações na deglutição) e envelhecimento (redução da complacência pulmonar e da força muscular). Ainda que direcionada aos fisioterapeutas, a medida do fluxo de tosse deve ser reconhecida pelo enfermeiro, pois é mais um dos preditores de sucesso para o desmame, extubação e decanulação, na busca de definir o melhor momento para iniciar o processo.

Um dos fatores mais relevantes do uso da ventilação mecânica é a pneumonia, doença infecciosa que acomete os pulmões, podendo ser comunitária (quando o paciente adquire fora do hospital) ou nosocomial (quando o paciente adquire depois da internação hospitalar). O uso de prótese ventilatória é um dos agravantes para o surgimento de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV), principalmente pela contaminação das vias aéreas inferiores por bactérias bucais ou do trato digestivo, observados pelos autores do artigo nº 16, quando afirmam que a pneumonia associada a ventilação mecânica é causa ou consequência do insucesso do desmame da prótese ventilatória.

A higiene oral vem apresentando muitos benefícios para os pacientes em ventilação mecânica, e a enfermagem é responsável pela sua realização. Produtos a base de clorexidina estão sendo empregados para a diminuição da colonização da orofaringe, diminuindo os índices de pneumonia em pacientes ventilados artificialmente¹⁰.

A formação de biofilme dentário, associado à higiene oral deficiente, aumenta a concentração de micro-organismos, podendo ser aspirado para o pulmão posteriormente. Assim, torna-se primordial a ação da equipe de enfermagem na realização da escovação dentária, duas vezes ao dia, reduzindo a colonização da cavidade oral e, consequentemente, as chances de contaminação da via aérea inferior¹¹.

O problema da pneumonia também foi exposto no artigo nº 15. O estudo mostra que, nas unidades de terapia intensiva, a PAV é a infecção mais grave e apresenta alta letalidade. O desenvolvimento de PAV está relacionado diretamente aos dias de ventilação mecânica, conforme descrito. As infecções tiveram alto índice de germes multirresistentes, o que muitas vezes é resultado da transmissão cruzada entre pacientes, ressaltando a importância da lavagem das mãos, principalmente no atendimento entre pacientes. Sendo assim a equipe deve atentar para as precauções, evitando a não contaminação cruzada. Para os autores, fatores como idade, imunossupressão, uso de dieta enteral e presença de hemorragia digestiva alta estão relacionados ao aparecimento de PAV, além das doenças crônicas que pioram o prognóstico dos pacientes.

Além dos fatores endógenos, a microbiota sofre alterações durante o uso de equipamentos respiratórios contaminados, higiene bucal precária ou ausente, dietas enterais, contato direto e indireto com outros pacientes (transmissão cruzada) e baixa adesão à higiene das mãos pelos profissionais¹².

Os autores do artigo nº 02 realizaram um estudo retrospectivo sobre as principais complicações que fizeram com que aumentasse o tempo de permanência de adultos em uma unidade de terapia intensiva no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Alguns fatores já pontuados anteriormente, como a restrição ao leito e a dor, fazem com que o paciente diminua a sua movimentação, auxiliando para a retenção de secreções nos pulmões e aumentando posteriormente o tempo de ventilação mecânica. Os autores enfocaram que os pacientes com complicações pulmonares pré-cirúrgicas têm mais chances de se manterem na ventilação mecânica do que os que não têm complicações pulmonares.

A ventilação mecânica, em si, foi um dos fatores para complicação e aumento dos dias de UTI, afirmando o que os autores descrevem no artigo nº 07 anteriormente. Como citado previamente, a necessidade de analgesia deve ser avaliada pelo enfermeiro juntamente com o médico, evitando que o paciente procure ficar imóvel devido à dor.

Pacientes acamados devem permanecer com a cabeceira da cama elevada, pois, essa posição privilegia a força da gravidade, favorecendo a atividade do diafragma. É importante que o paciente saiba que tal posição é a que mais lhe favorece, mesmo que não seja a mais confortável. A enfermagem é responsável em posicionar o paciente no leito e manter a cabeceira elevada continuamente, porque é um dos cuidados para a prevenção de pneumonia e também favorece a ventilação no momento do desmame³.

Estimular o paciente a deambular e a movimentar-se no leito conforme tolerar é outra questão que necessita da atenção da enfermagem. Alguns pacientes, principalmente idosos, têm deficiências de força ou movimento que os predispõem a não se movimentar, principalmente porque necessitam de ajuda. As ações de enfermagem devem promover esse cuidado, retirando o paciente do leito ou realizando mudança de decúbito no próprio leito.

Outros fatores de risco para pacientes idosos foram descritos no estudo nº 04, no qual foram comparados pacientes jovens e pacientes idosos que estavam sob ventilação mecânica. Estes últimos não dispõem de reserva funcional e evoluem de maneira desfavorável quando acometidos por afecções graves, relatam os autores. Outro agravante para os idosos é a presença de comorbidades prévias, principalmente doenças pulmonares. Em contrapartida, todos os pacientes, tanto jovens quanto idosos, apresentam altas taxas de pneumonia, sepse e disfunção de órgãos, observados pelos autores no estudo. Mais um fator associado ao grupo estudado foi o uso de corticoides e sedativos, o que nos pacientes jovens não interferiu na progressão da retirada da ventilação mecânica. Concluindo o estudo, os autores evidenciaram maior tempo de VMI, maior mortalidade, maior falha no desmame e na extubação dos pacientes idosos.

No processo do desmame, é necessário haver monitorização da saturação e da oxigenação do paciente. A saturação de oxigênio pode ser medida através de um oxímetro, método não invasivo.

A saturação normal de oxigênio num paciente em ar ambiente é de 95% a 100%. Porém o método pode se limitar pela diminuição do sinal de pulsação por hipotermia, hipotensão, uso de drogas vasoconstritoras e compressão arterial direita, ou ainda pelo posicionamento inadequado do sensor¹³.

A oxigenação é medida através de gasometria arterial, que é um método invasivo, no qual se coleta sangue de uma artéria, avaliando-se parâmetros como pressão parcial de oxigênio (PaO₂), pressão parcial de gás carbônico (PaCO₂), pH e ácido carbônico (HCO₃)⁴.

Para a interpretação da gasometria arterial é indispensável conhecer os princípios fisiológicos e bioquímicos do equilíbrio ácido-básico, para posteriormente tomar as condutas adequadas para o tratamento de pacientes graves³. O enfermeiro além de fazer a coleta desse exame, deve saber interpretá-lo e conhecer os valores patológicos apresentados, bem como o tratamento a ser administrado em cada caso.

Outro ponto importante que contribui para o desmame da ventilação mecânica é o status nutricional do paciente, pois geralmente, os pacientes graves passam por períodos sem nutrição adequada (Art. nº 14). O suporte nutricional deficiente predispõe a infecções pela debilidade do sistema imunológico, além de enfraquecer os músculos respiratórios. As autoras também descrevem que a desnutrição gera hipoalbuminemia - o que pode acelerar a formação de edema pulmonar - e que o excessivo consumo de calorias e carboidratos aumenta a produção de CO₂, o que exarceba a insuficiência respiratória¹⁴.

A má nutrição é um problema comum em pacientes graves, principalmente, naqueles em ventilação mecânica sendo umas das causas de falência orgânica, da diminuição do epitélio respiratório e do maior tempo de internação hospitalar¹⁵.

Os efeitos da desnutrição sobre a evolução dos pacientes são fatores coadjuvantes na morbidade e na mortalidade. A perda de massa magra aumenta o risco de infecção, diminui a cicatrização e quando

chega a 40, pode ser letal¹⁶.

A tarefa de proporcionar suporte nutricional eficaz depende de esforços da equipe multiprofissional. Nesse contexto, o enfermeiro e sua equipe estão amplamente envolvidos, desde a administração por via oral até a nutrição parenteral total (NPT). A administração deve ser realizada em horários determinados, visando à ingestão de todas as calorias e nutrientes necessários num período de 24 horas³.

Se o paciente é portador de sonda enteral, esta deve ser testada através de ausculta, sempre antes da administração da dieta; após a certificação do posicionamento, proceder com a administração da dieta. Em caso de dúvida, se faz necessária a realização de um exame de raio-x, pelo qual a sonda (que é radiopaca) pode ser visualizada. A aspiração do conteúdo gástrico também é uma medida de segurança para certificar-se do posicionamento da sonda.

Se a sonda estiver posicionada pós-piloro, o gotejamento da dieta deve ser rigoroso, pois a ingesta rápida pode provocar cólicas e diarreia, acarretando em prejuízo nutricional³. A administração também deve ser realizada com a cabeceira do paciente alta, evitando o refluxo gástrico que consequentemente pode ser aspirado para o pulmão. A equipe de enfermagem também é responsável pela fixação da sonda de modo que não produza lesões nas narinas e na pele, e também que evite o deslocamento da mesma, pelo controle glicêmico, pelo controle da aceitação da dieta, por observar e medicar para náuseas e vômitos, por observar a ocorrência de diarreia, por lavar a sonda, evitando sua obstrução, e ainda evitar a retirada acidental pelo paciente.

Outras formas de administração de dieta também passam pelos cuidados da equipe de enfermagem, como a nutrição parenteral total (NPT) e a nutrição parenteral periférica (NPP), ambas administradas por via parenteral a pacientes que não podem utilizar o trato gastrointestinal. A NPT, devido à alta concentração de glicose, deve ser administrada somente por acesso venoso central. O enfermeiro é o responsável pela instalação da dieta parenteral, bem como pelo controle do gotejo e pelas complicações advindas desse método.

Evitar as complicações produzidas por todos os tipos de dieta é de extrema importância para a melhora do paciente que está em ventilação mecânica e aos que estão em processo de desmame, necessitando de uma assistência de enfermagem integral e eficaz.

Traqueostomia

Para a discussão desta categoria, foram avaliados os artigos 01, 12, 17 e 19 mostrando as principais evidências do uso da traqueostomia no processo de desmame da ventilação mecânica invasiva.

A traqueostomia traz diversas vantagens sobre a intubação traqueal, como a redução do espaço morto, maior facilidade na aspiração, melhor fixação, possibilidade de fala e preservação da laringe¹⁷.

A demora para a extubação traqueal está associada com o aumento da morbidade, com maior incidência de pneumonia, atelectasia, traqueobronquite necrotizante, paralisia de cordas vocais e também com o aumento da mortalidade conforme o artigo nº 17.

No artigo nº19, os autores comparam quatro outros estudos epidemiológicos anteriores que evidenciam que a média de dias em ventilação mecânica para que se pense em traqueostomia é de 12 dias, visando a evitar as complicações associadas ao TOT, além de facilitar a aspiração de secreções, diminuir o espaço morto e o trabalho muscular respiratório, e ainda oferecer maior conforto ao paciente. Os autores também associam a prevalência de traqueostomias com pneumonia, já que o processo de desmame é retardado até que a infecção esteja controlada, necessitando de um período de tratamento com antibióticos.

No estudo nº 12, destacou-se a precocidade da realização da traqueostomia no desmame da ventilação mecânica de pacientes com TCE grave. É entendido como precoce o procedimento realizado entre o sétimo e o décimo dia de ventilação mecânica. Os pacientes com TCE grave necessitam de suporte ventilatório na fase aguda do trauma, pois a troca gasosa é deficiente. Também pela possibilidade de intervenção cirúrgica, esses pacientes permanecem por mais tempo em ventilação mecânica, segundo os autores.

Os resultados desse estudo foram os seguintes: tempo de in-

ternação hospitalar levemente menor, comparado aos pacientes com traqueostomia intermediária, menor tempo de ventilação mecânica, infecção pulmonar e taxa de mortalidade equivalentes aos que não realizaram traqueostomia precoce.

Outro estudo que enfoca a traqueostomia é do artigo nº 01, avaliando os aspectos epidemiológicos de pacientes traqueostomizados. Para os autores, a traqueostomia favorece o desmame da ventilação mecânica pelos mesmos motivos descritos no artigo nº 19, apesar de não haver estudos suficientes comprovando seu impacto clínico.

Assim que a decisão em realizar a traqueostomia for confirmada, o enfermeiro deve prestar assistência ao paciente, orientando sobre o procedimento, diminuindo a sua ansiedade. No pós-operatório, devem-se observar sangramentos e o deslocamento da cânula. O procedimento de remoção das secreções deve seguir com técnica asséptica assim como na entubação orotraqueal.

Demais cuidados necessitam ser seguidos como a verificação do cuff, o curativo na incisão e a fixação adequada da cânula. O enfermeiro também precisa orientar a comunicação do paciente, ensinando-o a bloquear a saída de ar pelo orifício e então proceder com a fala normalmente, se ele estiver fora da ventilação mecânica.

Índices Preditivos

Nesta categoria foram avaliados os artigos 05, 06, 07, 08 e 13 que abordam os índices preditivos para desmame da ventilação mecânica, possibilitando prever o sucesso do desmame da ventilação mecânica.

No artigo nº 08 é abordado o índice de Tobin como um preditor de sucesso de desmame, podendo-se ter um prognóstico do sucesso do método.

O índice de Tobin, também conhecido como índice de respiração rápida e superficial (IRRS), estabelece uma relação fisiológica entre a frequência respiratória (FR) e o volume corrente expirado (VCE). Quanto melhor a complacência e menor a força inspirativa, associadas à menor frequência respiratória, maior a probabilidade de sustentar a ventilação espontânea, explicam os autores.

Neste estudo os autores demonstraram que todos os pacientes que falharam no desmame, logo após a desconexão da ventilação mecânica, apresentavam padrão respiratório característico com frequência respiratória maior que 30 respirações por minuto (respiração rápida) e VCE menor que 0,3 L (superficial).

Avaliando o mesmo preditor de sucesso de desmame da ventilação, o estudo nº 13, mostra a aplicação do índice de Tobin em pacientes ventilados, em diferentes modalidades ventilatórias. Para os autores, dos diversos índices preditivos sugeridos, o índice de respiração rápida e superficial parece ser o parâmetro mais útil, por sua simplicidade e confiabilidade. Porém esse mesmo estudo cita que, para alguns autores, os índices preditivos, incluindo o de Tobin ou IRRS, não são precisos quanto ao momento ideal para a retirada do paciente da ventilação mecânica. Neste estudo os autores aplicaram o IRRS e, após, compararam os diversos modos ventilatórios utilizados no desmame, obtendo valores diferentes em cada situação. Prediziam o sucesso para o desmame da ventilação mesmo com valores alcançados menores que 105 c/L-1/min-1 (ciclos por litro por minuto), valor considerado ideal para sucesso do desmame pelos autores. Já no estudo de Mantovani et al (2007), o índice de Tobin foi aplicado somente em pacientes que estavam no modo CPAP, e os resultados considerados favoráveis foram os com índice maior que 100 c/L-1/min-1.

O artigo nº 06 é um estudo realizado nos hospitais de Fortaleza (Ceará), a respeito dos principais parâmetros utilizados por fisioterapeutas no desmame da ventilação mecânica. Um dos resultados foi a respeito do Índice de Tobin, que teve 100% de aplicação entre os fisioterapeutas nos hospitais particulares e 76% nos hospitais públicos. Há ainda muitas críticas sobre a eficácia do índice de Tobin, segundo os autores, o que em outros estudos mostra-se superior.

Alguns pacientes apresentam fadiga muscular durante o processo de desmame. Um dos meios de avaliar a função muscular respira-

tória é através da medida da pressão inspiratória máxima (PImax), que teve utilização de 89,5% nos hospitais particulares e 56% nos hospitais públicos, conforme o estudo supracitado. Um dos motivos para essa diferença pode ser a falta de recursos dos hospitais públicos, que não possuem manovacuômetro para a medição de PImax. Quanto ao modo ventilatório para o desmame, o Tubo T foi o método mais utilizado, sem diferenças significativas entre os hospitais. O CPAP teve melhor aceitação entre os fisioterapeutas dos hospitais públicos. Outros parâmetros como frequência respiratória (FR), volume corrente (VC) e volume minuto (VM) também foram observados como parâmetros relevantes pelos profissionais envolvidos no estudo.

Também enfocando a PImax, o artigo nº 07, através de um ensaio clínico cruzado e randomizado, realizaram a medição de PImax em pacientes não cooperativos em processo de desmame, através do método oclusivo e, em um segundo momento com válvula unidirecional (manovacuômetro). Os autores afirmam que a medição de PImax é comumente utilizada por fisioterapeutas, embora sua acurácia seja questionável. Os valores definidos como parâmetro para desmame variam de -20 a -30 cmH₂O, que se mostram arbitrários para os autores, pois muitas variáveis não são consideradas, como idade e sexo dos pacientes. Para os autores há a necessidade de definir limiares específicos para cada paciente para que se aumente o poder preditivo da PImax.

Outro preditor de sucesso está relacionado ao surgimento de laringoespasma pós-extubação. O teste de escape do balonete (TEB) foi descrito no artigo nº 05, como um método simples, confiável e de baixo custo, pelo qual é possível prever uma possível falha da extubação traqueal, demandando a reentubação. Os autores explicam que o laringoespasma é um edema na região laringea, causado pelo tubo traqueal, e que está relacionado ao tempo de ventilação mecânica e que acomete até 22% dos pacientes em processo de desmame da ventilação mecânica. O TEB consiste na desinsuflação do balonete do tubo traqueal, observando o escape aéreo (ausência de laringoespasma) ou a presença de estridor laríngeo, o que evidencia o laringoespasma. Nesse momento, é de grande valia a observação do enfermeiro sobre os resultados do teste de escape, visto que, se houver falha na extubação, providências imediatas devem ser tomadas pela equipe, como suporte ventilatório e preparação do material para uma nova entubação.

Os índices preditivos expostos acima são praticamente de competência dos fisioterapeutas, que vêm cada vez mais publicando estudos a respeito do tema. O enfermeiro deve conhecer basicamente os índices preditivos para contribuir com a equipe multidisciplinar e tornar o cuidado cada vez mais integrado e completo.

CONCLUSÃO

A atuação da enfermagem torna-se importante frente ao paciente ventilado artificialmente, propiciando a este cuidados e vigilância permanentes. Por isso, deve-se buscar aprimoramento e maior conhecimento sobre a temática abordada neste estudo.

Com a categorização e análise dos artigos foi possível abranger os principais aspectos que envolvem o desmame da ventilação mecânica invasiva, bem como visualizar a inserção da enfermagem nas etapas deste processo.

Na categoria “o processo de desmame”, observou-se a indicação dos autores quanto à resolução da causa primária da insuficiência ventilatória como pré-requisito para que se inicie o desmame, bem como outras condições clínicas favoráveis como nível de consciência adequado, gasometria, drive ventilatório, nível de sedação, entre outros. Foi possível também analisar o uso de protocolos para desmame, o que neste estudo mostrou-se favorável no processo.

No que diz respeito a traqueostomia, a análise das publicações mostrou a relevância do uso da traqueostomia no processo de desmame, facilitando-o, e reforçando as vantagens sobre o tubo traqueal. Além disto, a traqueostomia acaba sendo uma consequência para os pacientes que apresentam desmame difícil da ventilação mecânica invasiva.

Na amostra da categoria “índices preditivos” observaram-se estudos sobre os preditores de sucesso do desmame da ventilação mecânica, mostrando que sua aplicação está mais relacionada com a

fisioterapia e que as evidências de que estes índices podem prever o sucesso do desmame, mostraram-se favoráveis.

Evidenciou-se uma carência na produção científica por parte da enfermagem, mostrando como os profissionais ainda priorizam o trabalho técnico, sem embasamento teórico na sua prática. Nenhum dos estudos referenciados foi produzido por enfermeiros, denunciando a precariedade de publicações que reflitam sobre a atenção da enfermagem especificamente nesse aspecto. Apesar disso, a maioria das pesquisas fala da relevância da prevenção de pneumonia, dos cuidados com as próteses, do controle da dor e de muitas outras ações que envolvem diretamente a equipe de enfermagem, bem como os outros profissionais da equipe multidisciplinar.

Integrar as ações de enfermagem às dos demais profissionais é unir forças para o sucesso do desmame da ventilação mecânica, dependendo também da colaboração do paciente e do seu estado de dependência da máquina.

Assim, faz-se necessário que novos estudos sejam publicados visto que a evolução da profissão é constante e que novas tecnologias se agregam ao trabalho da equipe de enfermagem.

Concluindo este estudo, observou-se uma lacuna deixada pela inexistência de estudos realizados por enfermeiros no desmame da ventilação mecânica, evidenciando a carência desses profissionais na elaboração de pesquisas numa área em que sua atuação é de suma importância. Sugere-se maior aprofundamento por parte dos enfermeiros na temática do desmame ventilatório para aproximar a teoria das práticas utilizadas nas UTI's, minimizar custos, aumentar a qualidade no atendimento dos pacientes e, assim, valorizar e destacar a atuação da enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. NETO, A. R. et al. Monitorização em UTI. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.
2. MENNA BARRETO, S.S. Rotinas em Terapia Intensiva. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.
3. CINTRA, E. A. Assistência de Enfermagem ao paciente gravemente enfermo. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2008.
4. CORBELLINI, C. Desmame da ventilação mecânica invasiva: comparação entre idosos e não idosos. Porto Alegre: UFRGS, 2008.
5. GOLDWASSER, R. S.; DAVID, C. M. Desmame da ventilação mecânica: promova uma estratégia. Rev. Bras. Terapia Intensiva, v. 19, n. 1, p.107-112, jan/mar. 2007.
6. GOLDWASSER, R. et al. Desmame e interrupção da ventilação mecânica. Revista brasileira de terapia intensiva, v. 19, n. 3, p.384-392, 2007.
7. BENSEÑOR, F. E. M; CICARELLI, D. D.; VIEIRA, J. E. Sedação pós-operatória na unidade de apoio cirúrgico do hospital das clínicas de São Paulo: estudo retrospectivo. Revista Brasileira de Anestesiologia, v. 54, n. 3, p.391-398, 2004.
8. KOIZUMI, M. S.; DICCINI, S. Enfermagem em neurociência: fundamentos para a prática clínica. São Paulo: Atheneu, 2007.
9. SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner e Sudarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
10. BERALDO, C. C.; ANDRADE, D. Higiene bucal com clorexidina na prevenção de pneumonia associada a ventilação mecânica. Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 34, n. 9, p.707-714, 2008.
11. SILVA, J. et al. Biofilme dentário: estrutura microbiológica associada a pneumonia nosocomial. Revista de odontologia, v. 4, n. 3, p.328-337, 2010.
12. SILVEIRA, I. R. et al. Higiene bucal: prática relevante na prevenção de pneumonia hospitalar em pacientes em estado crítico. Acta Paulista de Enfermagem, v. 23, n. 5, p.697-700, 2010.
13. KNOBEL, E. Condutas no paciente grave. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 1998.
14. PARSONS, P. E.; WIENER-KRONISH, J. P. Segredos em terapia intensiva. Porto Alegre: Artmed, 2006.
15. FONTOURA, C.S.M. Avaliação nutricional do paciente crítico. Revista brasileira de terapia intensiva, v. 18, n. 3, p.298-306, 2006.
16. MAICA, A. O. I.; SCHWEIGERT, D. Avaliação nutricional em pacientes graves. Revista brasileira de terapia intensiva, v. 20, n. 3, p.286-295, 2008.
17. SILVA, L. C.C.; TEIXEIRA, P. J. Z. Doenças respiratórias graves: manejo clínico. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.
18. OLIVEIRA, C. D. et al. Aspectos epidemiológicos de pacientes traqueostomizados em unidade de terapia intensiva adulto de um hospital de referência do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. Revista brasileira de terapia intensiva, v. 22, n. 1, p.47-52, 2010.
19. LAIZO, A.; DELGADO, F. E. F.; ROCHA, G. M. Complicações que aumentam o tempo de permanência na unidade de terapia intensiva na cirurgia cardíaca. Revista brasileira de cirurgia cardiovascular, v. 25, n. 2, p.166-171, 2010.
20. FREITAS, F. S.; PARREIRA, V. F.; IBIAPINA, C. C. Aplicação clínica do pico de fluxo da tosse: uma revisão da literatura. Fisioterapia em movimento, v. 23, n. 3, p.495-502, 2010.
21. SILVA, D. V. et al. Perfil epidemiológico e fatores de risco para mortalidade de pacientes idosos com disfunção respiratória. Revista brasileira de terapia intensiva, v. 21, n. 3, p.262-268, 2009.
22. SABACK, L. M. P.; VIEIRA, G. F.; COSTA, M. D. O uso do teste de escape do balonete como fator preditor de laringoespasmio. Revista brasileira de terapia intensiva, v. 20, n. 1, p.77-81, 2008.
23. MONT'ALVERNE, D.G.B.; LINO, J. A.; BIZERRIL, D. O. Variações na mensuração dos parâmetros de desmame da ventilação mecânica em hospitais da cidade de Fortaleza. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v. 20, n. 2, abr/jun 2008.
24. GUIMARAES, F. S. et al. Avaliação da pressão inspiratória máxima em pacientes críticos não-cooperativos: comparação entre dois métodos. Revista brasileira de fisioterapia, v. 11, n. 3, p.233-238, 2007.
25. MONTOVANI, N. C. et al. Avaliação da aplicação do índice de Tobin no desmame da ventilação mecânica após anestesia geral. Revista brasileira de terapia intensiva, v. 57, n. 6, p.592-605, 2007.
26. COLOMBO, T. et al. Implementação, avaliação e comparação dos protocolos de desmame com tubo T e pressão de suporte associada a pressão expiratória final positiva em pacientes submetidos a ventilação mecânica por mais de 48 horas em unidade de terapia intensiva. Revista brasileira de terapia intensiva, v. 19, n. 1, p.31-37, 2007.
27. GONÇALVES, J. Q. et al. Características do processo de desmame da ventilação mecânica em hospitais do Distrito Federal. Revista brasileira de terapia intensiva, v. 19, n. 1, p.38-43, 2007.
28. GOLDWASSER, R. S.; DAVID, C. M. Desmame da ventilação mecânica: promova uma estratégia. Rev. Bras. Terapia Intensiva, v. 19, n. 1, p.107-112, jan/mar. 2007.
29. PASINI, R. L. et al. A influencia da traqueostomia precoce no desmame ventilatório de pacientes graves com traumatismo cranioencefálico grave. Revista brasileira de terapia intensiva, v. 19, n. 2, p.176-181, 2007.
30. SANTOS, L. O. et al. Comparação entre três métodos de obtenção do índice de respiração rápida e superficial em pacientes submetidos ao desmame da ventilação mecânica. Revista brasileira de terapia intensiva, v. 19, n. 3, p.331-336, 2007.
31. GOLDWASSER, R. et al. Desmame e interrupção da ventilação mecânica. Revista brasileira de terapia intensiva, v. 19, n. 3, p.384-392, 2007.
32. GUIMARAES, M. M. Q.; ROCCO, J. R. Prevalência e prognóstico dos pacientes com pneumonia associada a ventilação mecânica em um hospital universitário. Jornal brasileiro de pneumologia, v. 32, n. 4, p.339-346, 2006.
33. FREITAS, E. E. C.; DAVID, C. M. N. Avaliação do sucesso do desmame da ventilação mecânica. Revista brasileira de terapia intensiva, v. 18, n. 4, p.351-359, 2006.
34. ASSUNÇÃO, M. S. C. et al. Avaliação do teste de tubo T como estratégia inicial de suspensão da ventilação mecânica. Revista brasileira de terapia intensiva, v. 18, n. 2, p.121-125, 2006.
35. OLIVEIRA, L.R.C. et al. Padronização do desmame da ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva: resultados após um ano. Revista brasileira de terapia intensiva, v. 18, n. 2, p.131-136, 2006.
36. DAMASCENO, M. P. C. D. et al. Ventilação mecânica no Brasil: aspectos epidemiológicos. Revista brasileira de terapia intensiva, v. 18, n. 3, p.219-228, 2006.
37. MONTEIRO, L. S. et al. Comparação de dois métodos de mensuração da pressão inspiratória máxima em pacientes com e sem alterações no nível de consciência. Revista brasileira de terapia intensiva, v. 18, n. 3, p.256-262, 2006.
38. COSTA, A. D. et al. Desmame da ventilação mecânica utilizando pressão de suporte ou tubo T: comparação entre pacientes cardiopatas e não cardiopatas. Arquivos brasileiros de cardiologia, v. 85, n. 1, p.32-38, 2005.

Anexo 01**Quadro 01 – Artigos Selecionados**

01	Aspectos epidemiológicos de pacientes traqueostomizados em unidade de terapia intensiva adulto de um hospital de referência do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte	2010	Revista Brasileira de Terapia Intensiva	Descritivo, retrospectivo	OLIVEIRA, C. et al18
02	Complicações que aumentam o tempo de permanência na unidade de terapia intensiva na cirurgia cardíaca	2010	Revista Brasileira de Cirurgia Vascular	Quantitativo, retrospectivo descritivo	LAIZO, A.19 DELGADO, F. ROCHA, G.
03	Aplicação clínica do pico de fluxo da tosse: uma revisão de literatura	2010	Revista Fisioterapia em Movimento	Descritivo, retrospectivo	FREITAS, F.20 PARREIRA, V. IBIAPINA, C.
04	Perfil epidemiológico e fatores de risco para mortalidade em pacientes idosos com disfunção respiratória	2009	Revista Brasileira de Terapia Intensiva	Observacional prospectivo	SILVA, D. et al21
05	O uso de teste de escape do balonete como fator preditor de laringoespasmo: revisão	2008	Revista Brasileira de Terapia Intensiva	Descritivo, retrospectivo	SABACK, L.22 VIEIRA, G. COSTA, M.
06	Variações na mensuração dos parâmetros de desmame da ventilação mecânica em hospitais da cidade de Fortaleza	2008	Revista Brasileira de Terapia Intensiva	Descritivo, prospectivo	MONT'ALVERN, E.23 LINO, J. BIZERRIL, D.
07	Avaliação da pressão inspiratória máxima em pacientes críticos não-cooperativos: comparação entre dois métodos.	2007	Revista Brasileira de Fisioterapia	Experimentalprospectivo	GUIMARAES, F.24 et al
08	Avaliação da aplicação do índice de Tobin no desmame da ventilação mecânica após anestesia geral.	2007	Revista Brasileira de Anestesiologia	Quantitativo, prospectivo, experimental	MONTOVANI, N. et al25
09	Implementação, avaliação e comparação dos protocolos de desmame com Tubo T e pressão de suporte associada a pressão inspiratória final positiva em pacientes submetidos a ventilação mecânica por mais de 48 horas em unidade de terapia intensiva.	2007	Revista Brasileira de Terapia Intensiva	Experimental, prospectivo	COLOMBO, T. et al26
10	Características do processo de desmame da ventilação mecânica em hospitais do Distrito Federal	2007	Revista Brasileira de Terapia Intensiva	Descritivo, prospectivo	GONÇALVES, J. et al27
11	Desmame da ventilação mecânica: promova uma estratégia	2007	Revista Brasileira de Terapia Intensiva	Prospectivo, experimental	GOLDWASSER, R.28 DAVID, C.
12	A influência da traqueostomia precoce no desmame ventilatório de pacientes com traumatismo crânioencefálico grave	2007	Revista Brasileira de Terapia Intensiva	Prospectivo, observacional	PASINI, R. et al29
13	Comparação entre três métodos de obtenção do índice de respiração rápida e superficial em pacientes submetidos ao desmame da ventilação mecânica.	2007	Revista Brasileira de Terapia Intensiva	Prospectivo, experimental	SANTOS, L. et al30
14	Desmame e interrupção da ventilação mecânica	2007	Revista Brasileira de Terapia Intensiva	Revisão Integrativa	GOLDWASSER, R. et al31
15	Prevalência e prognóstico dos pacientes com pneumonia associada a ventilação mecânica em um hospital universitário	2006	Jornal Brasileiro de Pneumologia	Quantitativo, retrospectivo, descritivo	GUIMARÃES, M.32 ROCCO, J.
16	Avaliação do sucesso do desmame da ventilação mecânica	2006	Revista Brasileira de Terapia Intensiva	Observacional, prospectivo	FREITAS, E.33 DAVID, C.
17	Avaliação de teste de Tubo-T como estratégia inicial de suspensão da ventilação mecânica	2006	Revista Brasileira de Terapia Intensiva	Experimental, prospectivo	ASSUNÇÃO, M. et al34
18	Padronização do desmame da ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva: resultados após um ano.	2006	Revista Brasileira de Terapia Intensiva	Caso controle, prospectivo	OLIVEIRA, L. et al35
19	Ventilação mecânica no Brasil: aspectos epidemiológicos	2006	Revista Brasileira de Terapia Intensiva	Observacional, prospectivo	DAMASCENO, M. et al36
20	Comparação de dois métodos de mensuração da pressão inspiratória máxima em pacientes com e sem alteração do nível de consciência	2006	Revista Brasileira de Terapia Intensiva	Experimental, prospectivo	MONTEIRO, L. et al37
21	Desmame da ventilação mecânica utilizando pressão de suporte ou tubo T: comparação entre pacientes cardiopatas e não cardiopatas	2005	Arquivo Brasileiro de Cardiologia	Qualitativo, experimental, prospectivo	COSTA, A. et al38

NUTRICIONISTA ADMINISTRATIVO: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO – HNSC

Administrative nutritionist: reporting of experience in Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Anelise Siviero Ribeiro* Denise da Silva Madruga**

RESUMO

O hospital, como qualquer outra entidade de prestação de serviços, depende muito dos seus recursos humanos para prestar uma boa assistência aos usuários. O Serviço de Nutrição e Dietética (SND) necessita ter uma eficiente administração para conseguir proporcionar uma assistência nutricional adequada. A definição das atribuições de cada trabalhador e a existência de gestores que estabeleçam normas e responsabilidades contribuem para que um hospital tenha a satisfação dos seus usuários no que se refere à assistência nutricional. Este artigo tem por objetivo relatar a experiência do SND na área administrativa e também na assistência clínica, onde um modelo pioneiro de gestão foi implantado.

Descritores: Recursos Humanos - Administração Hospitalar - Capacitação em Serviço - Serviços de Alimentação.

ABSTRACT

“Hospital, like any other provider of health services, depends on its human resources to promote a good service to the users. A Nutrition and Dietetics Service (NDS) must have an efficient administration to be able to give an adequate nutritional assistance. The role of each employee and the existence of managers to establish rules and responsibilities in a hospital are fundamental to promote the satisfaction of their users about nutritional care. This article aims to describe the experience of NDS in the administrative area and also in clinical care, where a pioneering model of management was implemented.”

Key-words: Human Resources - Hospital Administration - Inservice training - Food service.

INTRODUÇÃO

Os hospitais evoluíram desde pequenos grupos estruturados informalmente até as grandes e complexas organizações da atualidade, sendo que as modificações observadas buscaram sempre a otimização dos esforços humanos. Para tanto, o hospital deve ser administrado segundo critérios absolutamente racionais, essencialmente baseados nos pressupostos que caracterizam a moderna administração empresarial.

Entretanto, é preciso um pouco de cuidado para penetrar nos meandros da estrutura da organização hospitalar. Existem aqui, vários setores além dos essencialmente assistenciais encarregados do atendimento aos usuários que buscam diagnóstico e tratamento para sua doença. Esses setores têm aumentado numericamente e em complexidade, particularmente por força do espantoso desenvolvimento tecnológico observado atualmente¹.

Como qualquer entidade prestadora de serviços, o hospital está, mais do que qualquer outra organização, na dependência do comportamento de seus recursos humanos. E, tal como em qualquer organização, o desempenho das pessoas que atuam no hospital dependem de sua motivação. Os trabalhadores necessitam receber treinamento permanente para relacionar-se de maneira positiva com pessoas fragilizadas pela doença assim com seus familiares¹.

O êxito de qualquer Serviço de Nutrição e Dietética (SND) depende, além de outros fatores, de sua eficiente administração com

a preocupação constante da melhoria da qualidade dos serviços oferecidos, pois deste trabalho resultam inúmeros benefícios como, por exemplo, a melhora do nível do atendimento com conseqüente rapidez da recuperação do paciente e aumento da sua satisfação².

O controle da produção, da distribuição das refeições, a verificação dos restos e o conhecimento das grandes áreas ou variáveis que devem ser melhoradas, por meio de mão-de-obra e supervisão especializada, podem contribuir para a eficiência da Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN), gerando racionalização com qualidade³. O profissional nutricionista pode atuar em áreas muito diversificadas, de acordo com a Lei nº 8234/91⁴: planejamento, coordenação, supervisão e avaliação de estudos dietéticos e de serviços de alimentação e nutrição; assistência e educação nutricional a coletividades ou indivíduos, sadios ou enfermos, em instituições públicas e privadas e em consultório de nutrição e dietética; assistência dietoterápica hospitalar, ambulatorial e em nível de consultórios, prescrevendo, planejando, analisando, supervisionando e avaliando dietas para enfermos; entre outras. Desta maneira, podemos perceber que o nutricionista pode ter uma atuação muito diversificada, desde o atendimento individual até o gerenciamento de um serviço⁵.

O Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) é um hospital de grande porte com aproximadamente 800 leitos, onde são necessárias nutricionistas que atuem nas mais diferentes áreas, que vão desde o gerenciamento de uma UAN até o atendimento clínico para fornecer um atendimento dietoterápico de qualidade. Até alguns anos atrás, o SND do HNSC contava com um número restrito de nutricionistas, onde nas devidas atribuições constavam o atendimento direto ao

*Nutricionista Especialista em Gestões Hosp. do HNSC

**Técnica em Nutrição e Dietética. Especialista em Informação e saúde HNSC.

paciente assim como o gerenciamento das pessoas que faziam a distribuição das refeições: atendentes de nutrição e técnicos de nutrição e dietética. Na prática, o gerenciamento de pessoal e a necessidade constante de construção de rotinas para acompanhamento do crescimento da Instituição faziam com que o nutricionista estivesse muito mais voltado à coordenação de pessoas do que à assistência aos pacientes. Além disso, devido ao grupo ser numeroso, era muito difícil a padronização de rotinas, o que dificultava ainda mais o estabelecimento de um padrão de qualidade entre as Unidades de Distribuição de Alimentação (UDA, antigamente chamada de copa).

O HNSC teve uma iniciativa pioneira de inovar essa gestão criando a função do Nutricionista Administrativo e, a partir de então, o SND passou a ter apenas um nutricionista voltado para o gerenciamento de recursos humanos das UDAS, capacitação de atendentes e técnicos de nutrição e dietética, criação, atualização e padronização de rotinas técnicas referentes à distribuição de refeições e higiene de alimentos, organização de normas administrativas do SND, entre outras atividades. Os nutricionistas locados no atendimento ao paciente passaram a ter toda a sua atenção voltada para o atendimento clínico, ampliando a sua capacidade de acompanhamento dietoterápico, orientação e até mesmo de atendimento ambulatorial.

O SND está organizado de maneira que um único nutricionista administrativo centraliza as informações repassadas ao restante da equipe de distribuição, de maneira a fazer com que as informações sejam uniformes e que as condutas tomadas tenham os mesmos critérios de decisão. O SND possui atualmente sete UDAS, que possui uma técnica de nutrição e dietética responsável por realizar a supervisão e acompanhamento direto do trabalho dos atendentes de nutrição.

A nutricionista administrativa tem o seu trabalho focado nas seguintes atividades:

1) Educação continuada: a educação continuada foi estabelecida como uma das principais metas do SND, de maneira a atuar nos quatro principais eixos de atuação do serviço. Esses eixos são: dietoterapia, higiene, motivação e qualificação do atendimento ao usuário. A cada final de ano, são estabelecidos assuntos de interesse por parte dos gestores e dos trabalhadores que produzam crescimento do serviço. Todas as atividades procuram seguir os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem-se como referência a Política de Humanização⁶, que deve trazer princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários e entre os diferentes profissionais. Para cada cargo dentro do SND, alguns critérios foram estabelecidos em relação ao processo de educação continuada:

Atendentes de Nutrição: são propostos dois encontros mensais, com dois assuntos diferentes, em horários diversificados para que toda a equipe possa participar. Os assuntos podem estar relacionados à higiene e dietoterapia, sendo intercalados com palestras motivacionais, de atualização de rotinas e para a melhoria do trabalho em equipe. Os técnicos de nutrição e os nutricionistas são responsáveis pelos devidos treinamentos, a convite. Eventualmente, trabalhadores de outros setores são convidados a participar das atividades. No último ano, agregou-se uma nova abordagem ao atendente de nutrição que ingressa no HNSC. São realizados treinamentos intensivos ministrados pelo nutricionista administrativo e por um técnico de nutrição, com a intenção de fornecer informações essenciais para que o atendente de nutrição adquira habilidades mínimas para o início de suas atividades nas UDAS.

Técnicos de Nutrição e Dietética: mensalmente os técnicos de nutrição participam de uma capacitação com assuntos referentes a dietoterapia, higiene e liderança de equipes. O maior enfoque dos treinamentos é instrumentalizar o técnico de nutrição para as atividades de supervisão que fazem parte das suas atribuições. Quem é responsável por aplicar estes treinamentos são os nutricionistas do setor por convite do nutricionista administrativo, convidados de outros setores e externos ao hospital, e o próprio nutricionista administrativo.

Nutricionistas: desde 2009 foram propostos dois encontros mensais de atualização profissional. Os assuntos são definidos por uma

comissão criada no serviço que detecta os assuntos de maior interesse do grupo. As pessoas que ministram as aulas são profissionais do próprio hospital que mostram os trabalhos desenvolvidos e atualizações na área da nutrição. Além disso, contamos com o apoio das Universidades UFRGS e UFSCPA que disponibilizam alguns profissionais para ministrarem as atividades, além de outros convidados.

Enfermagem: em 2010 criou-se uma programação de treinamentos voltada para a equipe de enfermagem, onde os assuntos estão relacionados principalmente à desnutrição hospitalar e a prescrição dietoterápica. A equipe de enfermagem é fundamental para auxílio a uma boa adesão à dieta hospitalar e uma ingestão alimentar adequada.

2) Gestão participativa: o HNSC tem como um de seus princípios a participação dos trabalhadores junto aos gestores para definição e estabelecimentos de processos de trabalho. Para que isso aconteça, existe um colegiado de gestão em cada setor. No SND o colegiado possui representação das diferentes categorias profissionais. São realizadas duas reuniões mensais onde tanto o gestor quanto o trabalhador pode levantar questões pertinentes ao processo de trabalho com o objetivo único de melhorar a qualidade do serviço prestado ao paciente. O nutricionista administrativo é quem coordena este colegiado e anualmente são propostas metas dentro do colegiado que se estendem a toda a equipe. As metas devem sempre estar voltadas à atenção ao paciente e a qualificação do serviço prestado e a melhor formação dos profissionais que atuam no SND. Cada UDA possui uma sistemática de realizar mensalmente reuniões junto à técnica responsável para constantes revisões de rotinas e condutas do setor. As demandas destas reuniões são levadas pelas técnicas até o nutricionista administrativo para que sejam encaminhadas soluções para as dificuldades apresentadas.

2) Desenvolvimento de Recursos Humanos: todos os novos trabalhadores que são admitidos no HNSC realizam uma avaliação junto ao nutricionista administrativo e ao técnico de nutrição. O objetivo desta avaliação é acompanhar o desenvolvimento do trabalhador para que sejam salientados os avanços e traçados planos de ação para que o trabalhador consiga atender às expectativas do serviço. Anualmente, todos os trabalhadores do SND realizam uma avaliação junto ao nutricionista administrativo e ao técnico de nutrição. Essa avaliação é feita da seguinte maneira: o trabalhador faz a sua auto-avaliação, individualmente; após, o técnico de nutrição e o nutricionista realizam a avaliação junto ao trabalhador, onde são discutidos os conceitos atribuídos, para que o trabalhador perceba todos os seus avanços ao longo do ano, para que sejam salientados os seus aspectos positivos no trabalho e traçados planos de ação para tudo o que o trabalhador tem potencial para um desempenho superior ao atingido no período. Essa auto-avaliação tem se mostrado extremamente relevante para a reflexão do trabalhador sobre o seu desenvolvimento, facilitando o processo de crescimento individual e coletivo.

O SND possui no seu quadro de pessoal em torno 90 atendentes de nutrição e 20 técnicos de nutrição atuando somente na distribuição das refeições (UDAS). Atualmente tem-se trabalhado com o “feedback” diário, onde os técnicos de nutrição repassam aos atendentes informações importantes positivas ou negativas, que posteriormente são registradas no acompanhamento individual do funcionário (dentro de um sistema de informática). Esse “feedback” é crucial, pois facilita a percepção do trabalhador sobre o seu trabalho, sendo que o retorno é imediato. Essa idéia iniciou-se a partir de uma sugestão lançada no colegiado de gestão.

Papel do técnico de nutrição e dietética

O técnico de nutrição e dietética teve nos últimos anos uma mudança muito grande nas suas atribuições, que hoje, vão além dos conhecimentos apenas de nutrição, dietética e higiene. O técnico de nutrição possui papel essencial no funcionamento do SND, uma vez que ele possui um papel de liderança direta dentro das UDAS. Além disso, é um dos profissionais que trabalha conjuntamente com o nutricionista, auxiliando na adesão da dietoterapia, uma vez que faz a supervisão da

distribuição das refeições aos pacientes.

O SND tem buscado o desenvolvimento de competências técnicas e organizacionais, de maneira que o técnico de nutrição seja um facilitador da circulação de informações dentro da equipe. O técnico de nutrição do HNSC é hoje um profissional que necessita de muita iniciativa para a busca de atualização profissional, uma vez que o mesmo possui dentro da UDA autonomia suficiente para que todas as mudanças necessárias sejam efetivas para o melhor fluxo do trabalho. Além disso, por trabalhar diretamente com pessoas, necessita de conhecimento e habilidade para mediar conflitos e buscar incansavelmente soluções para os problemas rotineiros.

Papel do Atendente de Nutrição

O atendente de nutrição, no contexto da qualificação profissional e da função do SND em ambiente hospitalar ⁷, tem um papel fundamental, pois é na prática o profissional que executa e distribui a prescrição dietoterápica elaborada pelo nutricionista. Por este motivo, é o profissional que mais recebe investimentos em capacitações pelo SND, com o objetivo de desenvolver as habilidades técnicas e de relacionamento e construir senso de identidade profissional, permitindo identificação de aspectos, pontos de vista e contradição de suas atividades. Quanto mais qualificada tornar-se a equipe, mais condição terá de exercer a iniciativa própria e a criatividade, o que traz benefícios não somente para a carreira individual, mas principalmente para a Instituição e para os pacientes atendidos.

DISCUSSÃO

Sabe-se que em uma UAN ou UDA os funcionários são responsáveis pela prestação de serviços e devem estar comprometidos com as metas Institucionais. Em trabalho realizado em Ribeirão Preto, observou-se baixa qualificação da mão de obra existente na UAN, falta de treinamento, falta de motivação e de atualização do pessoal com reflexo no maior desperdício dos alimentos, reduzindo a qualidade do serviço prestado ³. Além disso, o SND atua como integrante da cadeia epidemiológica das infecções veiculadas por alimentos, uma vez que são várias as doenças causadas por contaminação alimentar, que podem resultar em infecção cruzada ou intoxicação, decorrentes da estocagem e da manipulação inadequada dos alimentos.

O registro de rotinas que visam à garantia da segurança dos alimentos é fundamental ⁸. Nas UDAS do HNSC, todas as rotinas que envolvem distribuição das refeições e a higiene constam em um manual. Essas rotinas são elaboradas baseadas na realidade da Instituição, adequadas a normas da Vigilância Sanitária ⁹. Esse manual fica disponível a todos os trabalhadores do SND. Semestralmente, é realizada uma pesquisa de satisfação com os pacientes, aplicada pelos estagiários do SND do HNSC sob supervisão do nutricionista administrativo. De acordo com Bertin e cols, a qualidade não deve ser considerada um processo passivo e momentâneo, mas uma busca constante, dinâmica e exaustiva, com permanente identificação de falhas, as quais necessitam ser periodicamente revisadas, envolvendo todos, desde a mais alta direção do hospital, até seus funcionários operacionais. O objetivo desta pesquisa de satisfação é a reavaliação constante das nossas práticas sob a ótica do paciente que recebe um serviço prestado pelo SND. Além da qualidade da refeição oferecida e do atendimento, o SND do HNSC tem uma preocupação com o destino dos resíduos produzidos por estas refeições. No ano de 2010, uma comissão foi implantada para criar rotinas de separação de resíduos com o apoio do DMLU e do Serviço de Higienização. Essa comissão também promoveu capacitações para a equipe do SND e métodos para supervisão da separação correta de resíduos, pois a Instituição e o SND são apoiadores de iniciativas para a preservação do meio-ambiente.

CONCLUSÃO

Podemos concluir que as bases para imprimir melhor qualidade aos cuidados nutricionais dentro de um hospital são: a ênfase no trabalho das equipes organizadas em unidades de trabalho para tomada de decisão conjunta sobre o atendimento aos clientes, concepção de gerência como articuladora de vários saberes e gestão colegiada com a participação dos profissionais das unidades de trabalho. O SND do HNSC tenta buscar diariamente a excelência na qualidade na assistência nutricional, através de ferramentas administrativas e técnicas que somadas possam proporcionar maior efetividade na adesão à dietoterapia hospitalar.

Agradecimentos: Agradecemos a toda equipe do SND que trabalha diariamente de forma incansável para o bem-estar dos pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Gonçalves EL. Estrutura organizacional do hospital moderno. ERA; 1998; 38:80-90.
- 2- Mezomo IF. A administração de serviços de alimentação. 4ª Ed. São Paulo: Terra, 1994.
- 3- Nonino-Borges CB, Rabito EI, Silva K, Ferraz CA, Chiarello PG, Santos JS, Marchini JS. Desperdício de alimentos intra-hospitalar. Rev Nutr, 2006; 19:349-356.
- 4- LEI Nº 8.234, DE 17 DE SETEMBRO DE 1.991 (DOU 18/09/1991) - REGULAMENTA A PROFISSÃO DE NUTRICIONISTA E DETERMINA OUTRAS PROVIDÊNCIAS.
- 5- Souza, AA, Proença RPC. Tecnologias de gestão dos cuidados nutricionais: recomendações para qualificação do atendimento nas unidades de alimentação e nutrição hospitalares. Rev Nutr, 2004; 17:425-36.
- 6- HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- 7- Treinamento de copeiras hospitalares - Jornal do Médico – Hospital Sírio-Libanês 2005; 37:6-7.
- 8- Pereira MS, Prado MA, Leão ALM, Souza DN. Avaliação de serviços de apoio na perspectiva do Controle de Infecção Hospitalar. Revista eletrônica de Enfermagem;1999 (on line) 1. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/index>.
- 9- Ministério da Saúde, Brasil. Portaria nº 1.428/MS, de 26 de novembro de 1993.
- 10- Bertin CHFP, Silva RC, Pereira SCF, Oliveira TRK. Avaliação da qualidade do Serviço de Nutrição e Dietética, de um hospital universitário sob a ótica dos clientes externos. I JORNADA CIENTÍFICA DO CENTRO-OESTE DE ECONOMIA E ADMINISTRAÇÃO- 27 E 28 DE SETEMBRO DE 2001 CAMPO GRANDE - MS

Endereço para correspondência:

Anelise Siviero Ribeiro

Av. Francisco Trein, 596

Porto Alegre – RS – Brasil

CEP 91350 - 200

Fone: (51) 3357 2170 / e-mail: anelises@ghc.com.br

University of Mississippi Medical Center – Inverno de 1999

*Vinícius G Gava

A confirmação chegara e era hora de arrumar a mala. Na época estava com 19 anos e terminando o segundo ano da Faculdade de Medicina na Universidade de Passo Fundo. Até então, não tinha viajado ao exterior de outra forma senão em excursão em que a única coisa que eu deveria fazer era seguir a bandeirinha do guia. Confesso que estava um tanto assustado com o fato de viajar sozinho, mas a onipotência do final da adolescência avalizava meu destino. O sul dos Estados Unidos, não era para onde a maioria das pessoas que eu conhecia viajaria. Fiz reserva para as três primeiras noites no hotel próximo ao Centro Médico-Universitário e segui confiante.

Acreditava que falava suficientemente bem inglês e não deveria ter maiores problemas. Logo na chegada, após uma curta caminhada de dois ou três quarteirões num frio de -7°C imaginei o que eu estava fazendo naquele lugar enquanto meus colegas aproveitavam as férias na praia. Já no prédio da faculdade, quando peguei o elevador, dois afro-americanos subiam conversando e não fui capaz de entender absolutamente nada e como uma onda, a praia voltava aos meus pensamentos...

Aguardei pela minha vez e me apresentei ao então chefe do Departamento de Fisiologia da Universidade do Mississippi. O Dr John Hall dirigia o departamento há quase 10 anos desde a aposentadoria compulsória, aos 70 anos, de seu antecessor. Apresentou-me o andar onde eu permaneceria os próximos dois meses e me destinou uma cabine na sala dos estudantes de pós-doutorado.

Após alguma procura, encontrei um apartamento mobiliado distante duas milhas da Universidade que acabaria dividindo com outro estudante, esse de doutorado, também brasileiro. O transporte público era muito ruim e a caminhada naquele gelo foi salva pela providencial carona de Dr Brands pela manhã e pelo Dr Tyagui à tarde, também professores do departamento.

As oportunidades de aprendizado eram diversas. Assistia às aulas magistrais para os alunos da faculdade de medicina, aos seminários, aos *grand rounds*, as atividades de laboratório, e as várias reuniões dos grupos de pesquisa. Enquanto acompanhava as atividades do departamento aprendi a respeitar ainda mais aquele que tinha aguçado meu gosto pela fisiologia. Talvez fosse ele a maior unanimidade entre os estudantes de medicina quando discutiam sua bibliografia preferida, algo muito difícil de se conseguir em meio a egos inflados. O Dr Arthur Guyton – autor do Tratado de Fisiologia Médica com sua primeira edição em 1956 – circulava na maioria dos dias da semana pelo sexto andar em sua velha cadeira de rodas. Havia contraído pólio no Massachusetts General Hospital e a seqüela motora não o permitiu concluir a residência de cirurgia cardiovascular. Era uma prova viva de superação, e que curiosamente, não se permitia fazer uso de uma de suas invenções: a cadeira de rodas elétrica com controle manual.

Seu legado como educador não se resumia ao famoso Tratado traduzido em 13 idiomas e provavelmente o texto médico mais vendido do mundo. Treinou mais de uma centena de fellows, incluindo muitos chefes de departamento e presidentes da Associação Americana de Fisiologia. Além disso, educara dez filhos, todos médicos, sendo oito deles egressos de Harvard como o pai. Pessoa simples e extremamente receptiva com os alunos, em 1999 trabalhava na décima edição de seu livro texto e mantinha a mesma secretária que o acompanhava há décadas. Ela certamente sabia muito mais sobre a base do conhecimento médico que a maioria de nós. A cada nova edição seu trabalho se repetia. Dr Guyton ditava o texto em um gravador e ela o datilografava. Capítulo por capítulo, revisão após revisão.

No concorrido seminário da segunda-feira, convidados ilustres de outras escolas apresentavam seus trabalhos de pesquisa seguida de calorosas discussões. Todo o departamento assistia e os professores e alunos se posicionavam na sala obedecendo de forma informal ao nível hierárquico que ocupavam. O lanche oferecido – sanduíche e refrigerante – substituiu o almoço durante a apresentação. Dr Guyton era assíduo e entre um bocadinho e outro, como

um aluno ávido de novos conhecimentos, fazia seus questionamentos, ou servia como referência viva para argumentação.

Quando de forma muito cordial Dr Hall nos convidou para um jantar de despedida em sua casa um episódio um tanto inusitado ocorreu. Conforme combinado eu e Maurício deveríamos estar prontos às 19h quando ele passaria nos pegar. Eis que por um motivo qualquer nosso anfitrião chegou mais cedo e sequer teve onde sentar. Naqueles dias o tempo estava chuvoso e máquina de secar roupa não tinha cumprido seu papel por completo. O apartamento estava uma completa bagunça com roupas estendidas sobre o sofá e todas as cadeiras e poltronas. Não bastasse isso, algumas latas vazias de cerveja decoravam a bancada da cozinha. Completamente sem jeito arredei algumas mudas de roupa e ofereci um lugar para que se sentasse. Quando voltei, pronto para a janta, desculpei-me novamente pela desordem. Dr Hall, como numa agradável lembrança, disse que praticamente nada tinha mudado do seu tempo de estudante para o meu e que seu apartamento por vezes ficava ainda pior. O fato de poder ser pior me deixou mais tranquilo, mas não apagou a vergonha que passei.

Na despedida Dr Guyton, com letra miúda e trêmula, autografou minha nona edição do Tratado de Fisiologia Médica fazendo dele o exemplar mais valioso de minha biblioteca.

No final, fevereiro já não era tão frio assim e a praia não fez tanta falta. O inglês tinha se tornado fluente, mas não me habilitava a entender os afro-americanos e suas gírias....

Em 2003 quando retornava para casa, junto com sua esposa que o levava e buscava diariamente na Universidade, Dr Guyton, que aos 83 anos trabalhava na 11 edição de seu livro, sofreu um acidente automobilístico fatal.

Dr Hall segue como chefe do Departamento de Fisiologia ocupando a cadeira que leva o nome de seu mentor.

*Dr. Vinicius Gava é cirurgião do serviço de oncologia cirurgica do Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Prezado Editor-chefe,

Vimos através desta carta identificar e divulgar a experiência do profissional nutricionista no setor administrativo do Serviço de Nutrição e Dietética (SND), bem como destacar o papel do Técnico em Nutrição no Hospital Nossa Senhora da Conceição. O êxito de qualquer SND depende, além de outros fatores, de sua eficiente administração com a preocupação constante da melhoria da qualidade dos serviços oferecidos, buscando o aprimoramento do nível do atendimento com consequente rapidez da recuperação do paciente e aumentando a sua satisfação.

Anelise S. Ribeiro
Nutricionista GHC

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS NA REVISTA “Momento & Perspectivas em Saúde”

A Revista do GHC - “Momento & Perspectivas em Saúde”, órgão oficial de divulgação técnico-científica do Grupo Hospitalar Conceição, tem como objetivo principal divulgar a experiência dos profissionais do GHC que atuam nas diversas áreas técnico-científicas. Desta forma estará difundindo conhecimentos que contribuam para aperfeiçoar e desenvolver a qualidade de saúde de nosso Estado e de nosso País. É uma publicação regular com periodicidade semestral, cuja tiragem é de 1.350 exemplares.

A Revista aceita contribuições para publicações nas categorias : artigos originais, de revisão ou de atualização, relatos de casos e cartas aos editores, tanto de profissionais que atuam no GHC, quanto de profissionais externos, que remetam espontaneamente ou por solicitação de seus Editores e que expressem prioritariamente produção técnica e científica da área médica.

As colaborações deverão ser enviadas para :

Editor da Revista do GHC - “Momento & Perspectivas em Saúde”

Gerência de Ensino e Pesquisa - GEP

Rua Francisco Trein, 596 - Bloco H - 3º andar

91350-200 - Porto Alegre - RS

editoria-gep@ghc.com.br

Os artigos são de responsabilidade dos seus autores e é indispensável a aprovação pelo Conselho Editorial da Revista para sua publicação .

Instruções Gerais:

As instruções de ordem técnica se baseiam nas recomendações do Comitê Internacional de Editores de Periódicos Médicos (Grupo Vancouver, endereço eletrônico : HREF=”<http://www.icmje.org/>” MACROBUTTON HtmlResAnchor <http://www.icmje.org/>) ou podem ser obtidas no N Eng J Méd 1997;336(4):309-15 {uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals.” International Committee of Medical Journal Editors” (ICMJE) }. Os trabalhos que resultem de pesquisa que envolvam em seres humanos deverão vir encaminhados à Revista acompanhados pelo parecer e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. Esta determinação está em conformidade com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde, resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, publicada nos volumes 14(1), 15(2) e 16(1) da Revista Momento & Perspectivas em Saúde, disponíveis no site <http://www2.ghc.com.br/GepNet/revistaedicoes.htm>

Os conceitos, fundamentações, dados, experiências, fontes de pesquisa e conclusões emitidos nos trabalhos assinados, são da exclusiva responsabilidade do(s) seu(s) autor(es). Todos os trabalhos encaminhados para publicação na Revista do GHC - Momento & Perspectivas, serão submetidos à revisão linguística, metodológica e de formatação pelo conselho editorial ou por colaboradores experts convidados pelo editor.

Os trabalhos deverão ser digitados no Microsoft Word, em papel branco, tamanho ofício, espaço duplo, com margem em todos os lados de 30 mm e páginas numeradas em sequência. Deverá ser enviada uma cópia original impressa e outra em disquete ou CD, em um envelope para papel ofício e sem dobras. Recomenda-se a proteção do material com papelão com especial atenção para as fotografias, especialmente quando postadas. As páginas deverão ser numeradas no canto inferior direito, organizadas na seguinte ordem: página-título (em português e inglês), página do resumo e do abstract (incluindo os unitermos e key words), texto propriamente dito, página de agradecimentos, referências bibliográficas, tabelas, figuras e fotos, e legendas. Atrás da(s) figura(s) e fotos deverá constar à lápis, o nome do autor, o título reduzido, o número no texto e setas indicando a orientação do lado superior.

Autoria: Todas as pessoas nominadas como autor deverão responder pela autoria do artigo proposto e ter participado suficientemente do trabalho, para assumir responsabilidades pelo seu conteúdo e conclusões. Deve ter participado com contribuições substanciais durante os processos de concepção, planejamento, execução, análise e interpretação dos dados, de forma intelectualmente importante. Os autores devem explicar e declarar eventuais conflitos de interesse

Processo de avaliação e julgamento: Todos os manuscritos submetidos à Revista do GHC, que estiverem de acordo com estas instruções e com a política editorial da revista, serão analisados por dois revisores do conselho editorial, de reconhecida competência no assunto tratado, conforme o fluxograma da figura 1. O anonimato dos revisores está garantido durante todo o processo, assim como estes não tomarão conhecimento do(s) nome(s) do(s) autor(es). A decisão final sobre a aceitação ou rejeição dos manuscritos é tomada pelo editor e pelo menos 2 outros membros do conselho editorial.

Manuscritos recusados: somente será devolvida ao(s) autor(es) cópia da versão original uma vez que a versão original impressa do manuscrito será arquivada na secretaria da editoria. Manuscritos recusados, mas com possibilidade de reformulação, poderão retornar, como um novo trabalho e serão submetidos a novo processo de avaliação e julgamento.

Manuscritos aceitos : o autor, referido como primeiro, receberá correspondência do editor informando da aceitação e edição em que será publicado o manuscrito. Neste momento o autor transfere implicitamente todos os direitos de cópia e reprodução do manuscrito, para a editoria da Revista do GHC - Momentos & Perspectivas em Saúde.

A **página título** deverá conter o título em português e em inglês, o nome completo de todos os autores acompanhado de suas titulações, a instituição onde o trabalho foi realizado e o nome, endereço e telefone de um dos autores para correspondência e pedidos de separatas.

A página do resumo e abstract conterá o título em português e um resumo semi- estruturado do trabalho, contendo Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões, com 150 palavras no máximo, seguido de dois a cinco unitermos. Em página separada deverá anexado o título em inglês, o abstract que deve ser a tradução fiel do resumo para o idioma inglês, e de duas a cinco key words. Estes descritores deverão se basear na edição anual da BIREME/OPAS/OMS dos Descritores em Ciências da Saúde, no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br/>.

Na terceira página é iniciado o trabalho propriamente dito, e de acordo com as categorias :

Texto de artigo original - a organização de artigo nesta categoria inclui Introdução, material e métodos, resultados e discussão(a conclusão pode estar no último parágrafo da discussão ou em separado). Na introdução deve conter os motivos que levaram a desenvolver o trabalho e uma revisão sucinta do assunto. Em material e métodos deve ser descrito com precisão a amostra ou população do estudo e os métodos desenvolvidos de forma que possam ser reproduzidos. Deve ser mencionado a aprovação da pesquisa no respectivo Comitê de Ética em Pesquisa. Os métodos estatísticos utilizados deverão estar explicitados neste espaço. Em resultados, estimula-se que sejam apresentados tabelas e figuras de forma auto explicativas, evitando repetição de dados. A discussão deve focar os aspectos novos e importantes do estudo, comparando-os com os de outros autores, as limitações do estudo, implicações clínicas relevantes e recomendações para estudos futuros. As conclusões deverão ser apresentadas no último parágrafo da discussão ou como um novo subtítulo, procurando sempre responder o objetivo definido na introdução.

Texto de artigo de revisão - esta categoria constitui uma revisão crítica sistematizada da literatura sobre determinado assunto devendo definir os procedimentos adotados, fontes e esclarecendo a delimitação e limites do tema e as conclusões do autor. Esta categoria se presta muito comumente para abrigar artigos encomendados pelos editores a experts, de experiência comprovada na área. As orientações para o preparo de artigos de revisão são as mesmas dos artigos originais, devendo incluir também Resumo, Abstract, descritores e Key Words.

Texto de relatos de casos - esta categoria destina-se a publicação de casos clínicos interessantes, que tenham sido devidamente estudados, e que apresentem alguma originalidade, curiosidade ou aspecto não convencional de determinada patologia ou condição clínica. As instruções para o seu preparo são as mesmas de um artigo original incluindo Resumo, Abstract, descritores e Key Words.

Cartas ao editor : categoria que visa discutir, comentar ou comunicar pesquisas originais, novidades na área da medicina de interesse para os leitores, ou artigos publicados recentemente na Revista do GHC - Momento & Perspectivas em Saúde. Podem ser utilizadas referências quando for adequado.

Referências Bibliográficas: ao final do trabalho citam-se, consecutivamente, as referências bibliográficas em ordem de aparecimento no texto, e numeradas por numerais arábicos entre parêntesis e de forma sobrescrita, conforme o exemplo a seguir : “ ...a paratireoidectomia é o único tratamento curativo aceito em hiperparatireoidismo primário(5) especialmente neste momento em que o seu diagnóstico tornou-se seguro e de fácil definição(6-9)...” Os títulos dos periódicos devem ser abreviados conforme constam no Index Medicus ou no Index Medicus Latino-Americano. Exemplos de referências:

- artigo de periódico:

IRVIN GL III, PRUDHOME DL, DERISO GT et al. A new approach to parathyroidectomy. Ann Surg., 1994;219(5);574-581.

- livro:

MACHLEDER HI. Vascular disorders of the upper extremity. New York; Futura Publishing Co.,19893

- capítulo de livro:

Berger HJ, Zaret BL, Cohen LS. Cardiovascular nuclear medicine. In: Golberger E, ed. Textbook of clinical cardiology. 1st ed. St Louis: CV Mosby, 1982: 326-345.

- observação:

Até seis autores, citam-se todos; sete autores ou mais, citam-se os três primeiros seguidos de “et al”.

As tabelas e ilustrações vêm a seguir. As tabelas são numeradas em sequência, com algarismos romanos, acompanhadas de enunciado. As ilustrações (gráficos, diagramas e fotos) são numeradas também consecutivamente com algarismos arábicos e referidas no texto como “figuras”. As fotos não podem exceder o número de seis por artigo, somente em preto e branco, e na medida de 10 x 15 cm. As legendas das ilustrações devem ser datilografadas/digitadas em folha à parte, respeitando a numeração contida no texto. A última página conterá os agradecimentos, quando for o caso.

Fluxograma de análise de um artigo:

